



SOCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

DOMANDA
per la richiesta di attribuzione
dell'ASSEGNO di MATERNITA'
(Legge n. 448/1998 art. 66
e successive modificazioni).

✓ Al Sindaco del Comune
di _____

✓ Al Direttore della Società della
Salute Zona Nord-Ovest di
Sesto Fiorentino

✓ Alla Coordinatrice Territoriale
dell'Ufficio Amministrativo di
Sesto Fiorentino

La sottoscritta _____ nata a _____ Prov. (_____)
il _____ di Cittadinanza Italiana,
opp. per gli extracomunitari, che è in possesso di Carta di Soggiorno rilasciata dalla Questura
di _____ il _____ con scadenza in data _____ ;
Residente a _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____ N. _____
Cod.Fiscale _____ Telefono (**obbligatorio**) n. _____

CHIEDE

L'attribuzione **dell'assegno di maternità**, come previsto dall'art.66 della Legge n.448 /1998 per

DICHIARA

Ai sensi e per effetti dell'art.4 della Legge 4/1/1968 n.15, sotto la propria responsabilità e, a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false di cui all'art. 496 c.p. e, dell'art. 26 della legge 15/1968, consapevole del fatto che le dichiarazioni false comportano la decadenza dal beneficio ottenuto,

- di essere cittadina italiana;
- di essere cittadina comunitaria;
- di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di carta di soggiorno per sé e per il proprio nato/a;
- di non essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/della figlia;
- di essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/della figlia;
- di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a-----e di non aver, al momento, ricevuto comunicazione in merito al diritto o all'ammontare delle prestazioni richieste;

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Attestazione ISE/ISEE, in corso di validità e relativo calcolo dell' assegno spettante.
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
- Documento d'identità valido.

E COMUNICA

che il pagamento del contributo deve essere effettuato:

- Tramite assegno circolare non trasferibile intestato a _____

- Tramite bonifico: **Coordinate IBAN:**

Cod.Paese_____ Check digit_____ CIN_____ ABI_____ CAB_____ c.c._____

data_____

La dichiarante

(firma non autenticata, per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente domanda attesto che:

- Il dichiarante ha sottoscritto in mia presenza;
- Il dichiarante ha trasmesso la domanda per posta, tramite fax, o terza persona, allegando copia del proprio documento di identità.

data-----

Il Ricevente

LEGENDA

La presente domanda deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, oppure trasmessa per posta o per fax, con allegata la fotocopia di un documento di identità valido, del richiedente. E' inoltre obbligatorio comunicare alla S.d.S. del Polo Territoriale di Via Dante n. 8 a Sesto Fiorentino, (cap. 50019),opp. al Fax 055-4496738, ogni variazione del nucleo familiare successiva alla domanda.