



COMUNE DI BOTRUGNO UFFICIO TRIBUTI

PROVINCIA DI LECCE

RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta _____ nata
a _____ il _____ e residente nel Comune
di Botrugno (Le) Via _____ n° _____
Tel. _____, in qualità di madre del bambino _____
_____ nato a _____ (____) il _____

CHIEDE

che le venga concesso l'assegno di maternità previsto dall'art.74 del D.Lgs 26/03/2001 n°151. A tal fine:

DICHIARA

Di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per la stessa nascita

Oppure DICHIARA

Che l'indennità corrisposta da parte dell'Ente Previdenziale _____ è di € _____, inferiore agli importi previsti al c.1 dell' art. 74 del D.Lgs 151/01 e chiede pertanto la concessione della quota differenziale.

Allega alla presente domanda:

1. Autocertificazione
2. Dichiarazione Sostitutiva Unica e attestazione I.S.E.E. rilasciata dal CAAF.
3. Codice IBAN di un proprio conto corrente postale o libretto postale o conto corrente bancario.
4. Documento d'Identità.

La sottoscritta è consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e dichiarazioni non corrispondenti al vero. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte del Comune per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

La sottoscritta acconsente, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, che i dati indicati nella presente domanda vengano usati in conformità a quanto previsto dalla stessa Legge.

Data _____

Firma _____