



Amministrazione destinataria

Comune di Meda

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali - Sportello  
amministrativo

## Domanda di erogazione dell'assegno di maternità

### La sottoscritta

|                    |                |        |                             |                |                               |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |       |     |     |

### in qualità di madre del minore

|                 |  |       |                  |                |              |
|-----------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                  | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita |                | Cittadinanza |

### CHIEDE

che le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'articolo 66 della Legge 23/12/1998, n. 448.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di non svolgere attività lavorativa
- di possedere il seguente ISEE

| Valore ISEE | Data rilascio | Data fine validità |
|-------------|---------------|--------------------|
| €           |               |                    |

### CHIEDE INOLTRE

che l'assegno venga erogato tramite accredito su

|   |         |                     |
|---|---------|---------------------|
| Metodo di accreditamento (conto corrente, libretto postale, ecc.) |         |                     |
| Istituto bancario   | Filiale | Coordinate IBAN     |
| Intestatario  |         |                     |
| <input type="radio"/> la sottoscritta è intestataria unica        |         |                     |
| <input type="radio"/> la sottoscritta è cointestataria con        |         |                     |
| Cognome cointestataria  |         | Nome cointestataria |

### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia della dichiarazione ISEE   |
| <input type="checkbox"/> | titolo di soggiorno valido per la permanenza sul territorio italiano<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità della madre<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>                 |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Meda

Luogo

Data

Il dichiarante