



COMUNE DI GORLA MAGGIORE

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

(PROVINCIA DI VARESE)

P.ZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ, 19 – 21050
TEL.0331.617121 PEC: PROTOCOLLO.GORLAMAGGIORE@LEGALMAIL.IT

DOMANDA CONCESSIONE ASSEGNO DI MATERNITÀ'

(art. 66 L. 23/12/1998 n. 448, come modificata dalla L. 17/5/1999 n. 144)

Al Comune di Gorla Maggiore

In seguito alla nascita di mio/a figlio/a avvenuta in data richiedo la concessione dell'assegno di maternità.

NOME E COGNOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

TELEFONO

MAIL

IBAN

A tal fine dichiaro:

- di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la previdenza sociale (INPS) o di altro Ente previdenziale per lo stesso evento;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla legge ai fini della concessione dell'assegno;
- di essere in possesso di regolare ATTESTAZIONE ISEE pari ad € _____

Prot. N. INPS-ISEE _____ rilasciata in data

_____;

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

Gorla Maggiore,

FIRMA

Allego:

- Documento di identità;
- Permesso di soggiorno.