

Codice fiscale richiedente	Marca da bollo	Modulo
	Non dovuta	S_SOC_3.0

**AL COMUNE DI SANTO STEFANO DI CAMASTRA**  
**Responsabile Area Amministrativa-Socio Culturale**

**OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI**

*Ai sensi dell'art.46 del DPR 445 del 28.12.2000 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*

La sottoscritta      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a **S.STEFANO DI CAMASTRA** in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La concessione della seguente prestazione sociale: **ASSEGNO DI MATERNITA'**

*Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsa dichiarazione, dall'art.76 del DPR 445 del 28.12.2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)*

**DICHIARA**

- di aver partorito in data \_\_\_\_\_ N. Figli \_\_\_\_\_

Di non beneficiare di alcun trattamento economico per la maternità da parte di INPS o altro Ente previdenziale

Di beneficiare di altro trattamento economico per un importo pari ad Euro \_\_\_\_\_

- di essere cittadina      ITALIANA      COMUNITARIA      EXTRA-COMUNITARIA IN POSSESSO DI  
PERMESSO DI SOGGIORNO E CARTA DI SOGGIORNO

specificare \_\_\_\_\_

Di voler ricevere il PAGAMENTO della PRESTAZIONE SOCIALE mediante Bonifico Bancario :

IBAN: \_\_\_\_\_

Di aver presentato la DICHIARAZIONE ISE/ISEE in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**