Cod.	Mod.	Lingua	Vers.	D.D.
5.11	Richiesta assegno di maternità nazionale	ITA	1.0	15/03/2010

Prot. N. _____

ISTANZA PER L'ATTRIBUZIONE DELLE PRESTAZIONISOCIALI EROGATE DALL'INPS PER CONTO DEL COMUNE DI _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Altro recapito _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dati del beneficiario
Cognome e Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Altro recapito _____

CHIEDE

L'attribuzione dei benefici previsti dalla vigente normativa (legge 448/1998)

ASSEGNO NUCLEO FAMIGLIARE		sì	☐	no	☐
ASSEGNO PER MATERNITA'	misura intera	sì	☐	no	☐
	quota differenziata	sì	☐	no	☐

Dichiara a tal fine:

- ☐ che il requisito della composizione del nucleo famigliare, previsto dalla legge, sussiste per il periodo dal _____ al _____ (Istanza per il nucleo famigliare)
- ☐ di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale (Istanza per la maternità)
- ☐ che il/la figlio/a è nato/a in data _____ (Istanza per la maternità)

Luogo e data _____

Firma _____

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 – T.U. sulla Privacy si precisa che le informazioni contenute in questo modulo saranno usate solo esclusivamente al fine dell'accesso ai servizi / prestazioni in esame.
Na osnovi zakonodajnega odloka 196/2003 – Enotnega besedila o zaupnosti osebnih podatkov potrjujemo, da se bodo pisani podatki vaporabili samo za zgoraj navedene storitve in usluge.