

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI CORIGLIANO CALABRO**

**Oggetto: Domanda per l'accesso all'assegno mensile di maternità
Legge n° 448 del 23 dicembre 1998.**

La sottoscritta _____, nata a _____

Il ____/____/____ e residente a _____

in via _____ N° _____ Tel. _____, ai sensi

dell'articolo 66 della L.N°448/98

CHIEDE

Di essere ammessa a beneficiare dell'assegno mensile.

La sottoscritta dichiara di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'I.N.P.S. o di altro Ente previdenziale per lo stesso evento.

La sottoscritta autorizza l'utilizzo dei dati personali ai sensi della legge 675/96.

Corigliano Calabro, _____

In Fede

Allega alla presente:

- Calcolo ISEE
- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia Carta D'Identità
- Autocertificazione dello stato di famiglia
- Codice IBAN – bancario o postale.