



**COMUNE DI NERVESA DELLA BATTAGLIA
PROVINCIA DI TREVISO**

Piazza la Piave, 1 cod.fisc. 83001090261 p.iva 00638210260

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

e-mail: servizisociali@comune.nervesa.tv.it – sito internet comunale www.comune.nervesa.tv.it
Tel. 0422 886221-227 Fax. 0422 773371

DOMANDA PER ASSEGNO DI MATERNITÀ E NUCLEO FAMILIARE NUMEROSO

Il/La sottoscritto/a nato/a il.....
a..... residente a
in Via/Piazza n°..... TEL
cod.fisc cittadinanza.....
indirizzo e-mail:.....
in possesso di carta di soggiorno.....

chiede l'assegnazione del contributo:

“ASSEGNO AI NUCLEO FAMILIARE CON ALMENO 3 FIGLI MINORI” PER L'ANNO _____

- Dichiaro che il mio nucleo familiare è composto da n FIGLI MINORI DI 18 ANNI;
- Dichiaro di essere uno dei genitori del nucleo familiare;

“ASSEGNO DI MATERNITÀ”

- Dichiaro di NON ESSERE BENEFICIARIA DI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI DI MATERNITÀ a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per il neonato per il quale chiedo l'assegno;

“ASSEGNO DI MATERNITÀ” quota differenziale, prevista dal comma 6 dell'art. 74 del D.Lgs 151/2001;

- Dichiaro di essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la nascita del figlio/a inferiore all'importo dell'assegno in oggetto e precisamente per l'importo di euro.....;

Nome e cognome del nuovo nato/a data di nascita

Autorizza l'accredito mediante bonifico, intestato al richiedente, sul seguente conto corrente bancario/bancoposta:

Istituto di Credito e filiale: _____

IBAN (obbligatorio):

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Richiede la liquidazione del contributo tramite assegno

Allego alla presente:

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Carta di soggiorno
- Carta d'identità

IL RICHIEDENTE _____