

# **RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITA'**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_, in qualità di madre del bambino \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

che le venga concesso l'assegno di maternità previsto dall'art.74 del D.Lgs  
26/03/2001 n°151. A tal fine:

## **DICHIARA**

Di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico  
dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per la stessa nascita

## **Oppure DICHIARA**

Che l'indennità corrisposta da parte dell'Ente Previdenziale \_\_\_\_\_  
è di € \_\_\_\_\_, inferiore agli importi previsti al c.1 dell' art. 74 del D.Lgs  
151/01 e chiede pertanto la concessione della quota differenziale.

Allega alla presente domanda:

1. Autocertificazione
2. Dichiarazione Sostitutiva Unica e attestazione I.S.E.E. rilasciata dal CAAF.
3. Codice IBAN di un proprio conto corrente postale o libretto postale o conto  
corrente bancario.
4. Documento d'Identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_