Al Comune di Reggio Calabria
Settore Servizi alla Persona Welfare e Famiglia
Via Sant'Anna II Tronco Palazzo Ce.Dir. Corpo H Piano 1°
Reggio Calabria

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
Prot.n°_____ del _____

Codice Fiscale Richiedente: | | | | | | | | | | | | | | | | |

_ l _ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/_____ residente in Via _____N°_____

C.A.P._____ Tel_____/_____

Chiede per l'anno 2015

☐ l'assegno per il nucleo familiare previsto dall'art. 65 della legge 23/12/98 n° 448 e s.m.i. per il periodo dal _____/_____/2015 al _____/_____/2015. **(da presentare entro il 31/01/2016)**

☐ l'assegno di maternità (**madri non lavoratrici**) previsto dell'art. 74 della legge 26 marzo 2001 n. 151 e s.m.i., per __ figli_ _____ data di nascita _____/_____/_____

n. figli nati ☐ **(da presentare entro il 6° mese di nascita)**

- e a tal fine dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000:

☐ di **NON** aver svolto attività lavorativa

☐ di aver svolto attività lavorativa dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

(**In questi casi è necessaria la dichiarazione del Datore di Lavoro concernente il trattamento di maternità spettante o percepito per l'astensione obbligatoria)**

☐ di **NON** beneficiare di altro trattamento di maternità**.**

☐ di beneficiare di altro trattamento di maternità nella misura di € _____,____ mensili.

ALLEGA ALLA DOMANDA:

☐ **Certificazione ISEE**

☐ **Dichiarazione Sostitutiva Unica**

☐ **Copia di un Documento di Riconoscimento Valido**

☐ **per i richiedenti extracomunitari: Carta di Soggiorno oppure Permesso di Soggiorno per Soggiornanti di Lungo Perodo**

Chiede che l'importo spettante sia accreditato su: ***(Intestato al Richiedente)***

☐ C/C * ***(obbligatoriamente di 27 cifre)***

☐ Libretto Postale * ***(obbligatoriamente di 27 cifre)***

Coordinate IBAN

*** Campi Obbligatori per l'accredito dell'importo ai sensi e per gli effetti del D.L. 201/2011.**

Reggio Calabria lì _____

Il Richiedente

_____