



**Al Sig. Sindaco
del Comune di CHIUSA SCLAFANI**

DOMANDA DI RICHIESTA DELL'ASSEGNO AL NUCLEO FAMILIARE /DI MATERNITA'

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
Nato/a il _____ a _____ prov. (____) stato _____
Residente a _____ via/piazza _____
n. _____ c.a.p. _____ tel. _____ cell. _____

consapevole delle sanzioni, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsi negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Chiedo che sia erogato

ASSEGNO PER NUCLEO FAMILIARE

ASSEGNO DI MATERNITA'
(*per nascita, adozione, affidamento pre-adoattivo*)

(*Da compilare per l'assegno al nucleo familiare*)

DICHIARO che il mio nucleo familiare è composto da n. _____ figli minoridi anni 18.

DICHIARO di essere uno dei genitori del nucleo familiare.

(*Da compilare per l'assegno di maternità*)

DICHIARO di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell' INPS o di altro ente previdenziale per il bambino/a per il quale chiedo l'assegno.

DICHIARO di essere in possesso della carta di soggiorno rilasciata il _____ (*per le cittadine extracomunitarie*).

Il nome del bambino/a è _____

La data di nascita o di ingresso del bambino/a nella famiglia anagrafica è _____

Accludo alla domanda la dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del mio nucleo familiare e/o attestazione ISEE.

