



COMUNE DI FIORANO AL SERIO

Provincia di Bergamo

Via G. Sora, 13

N. _____ di prot. _____ 24020 Fiorano al Serio, _____

**Al Comune di Fiorano al Serio –
Via Sora 13
24020 FIORANO AL SERIO (BG)**

OGGETTO: Domanda di Assegno per Maternità

La sottoscritta _____ nata il _____
a _____ residente nel Comune di _____, in
qualità di madre del bambino nato il _____, chiede che le sia concesso l'assegno di
maternità per l'anno _____ (1)

DICHIARA:

Di NON essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la stessa nascita

Di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità inferiore a quello previsto dall'art.66 della Legge n. 448/98 (oppure allegare dichiarazione dell'Ente erogatore)

CHIEDE:

Che le sia concesso l'assegno per maternità previsto dall'art.66 della Legge n. 448 del 23.12.1998

Che le sia concessa la quota differenziale tra i due trattamenti.

Che il pagamento dell'assegno per maternità sia:

Assegno Circolare .ò

Bonifico Bancario

Banca _____

C/C _____

Codica ABI _____ CAB _____ CIN _____

Distinti saluti

FIRMA _____

Riservato all'Ufficio

ESITO DELLA DOMANDA:

ACCOLTA

NON ACCOLTA

1. la domanda può essere presentata entro sei mesi dalla data di nascita del figlio.