



**SOCIETA' DELLA SALUTE**  
**della Zona Fiorentina Nord Ovest**  
Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)  
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

**GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIALI**

Polo Amministrativo di  
Via Dante Alighieri, 8.  
50019 Sesto Fiorentino

**Referente: Patrizia Mosconi**

Tel. 055 - 4496734

Fax:055 - 4496731

e-mail: [p.mosconi@comune.sesto-fiorentino.fi.it](mailto:p.mosconi@comune.sesto-fiorentino.fi.it)

✓ Al Sindaco del Comune

di \_\_\_\_\_

**DOMANDA**

per la richiesta di attribuzione  
**dell'ASSEGNO di MATERNITA'**  
(Legge n. 448/1998 art. 66  
e successive modificazioni).

✓ Al Direttore della Società della  
Salute Zona Nord-Ovest di  
Sesto Fiorentino

La sottoscritta( cognome e nome) \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) di **Cittadinanza** Italiana, **oppure:**

\* **per le cittadine extracomunitarie**, che sono **in possesso di Carta di Soggiorno di**  
**lungo periodo C.E.**(a tempo INDETRMINATO),

**rilasciata** dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Residente** a \_\_\_\_\_(Prov.) Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**Cod.Fiscale** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Telefono (obbligatorio)** n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'attribuzione **dell'assegno di maternità**, come previsto dall'art.66 della Legge n. 448/98  
per la nascita del figli o/a avvenuta a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi e per effetti dell'art.4 della Legge 4/1/1968 n.15, sotto la propria responsabilità e, a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false di cui all'art. 496 c.p. e, dell'art. 26 della legge 15/1968, consapevole del fatto che le dichiarazioni false comportano la decadenza dal beneficio ottenuto,

- di essere cittadina italiana;
- di essere cittadina comunitaria;
- di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di carta di soggiorno di lungo periodo C.E. a tempo indeterminato;
- di non essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/della figlia;
- di essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/della figlia;
- di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a-----e di non aver, al momento, ricevuto comunicazione in merito al diritto o all'ammontare delle prestazioni richieste;

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

- Attestazione ISE/ISEE, in corso di validità e relativo calcolo dell' assegno spettante, da richiedere al CAAF al momento del calcolo ISEE.
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**, in caso di **attestazione ISEE/ISEE uguale a zero**.
- Documento d'identità valido

**E COMUNICA**

che il pagamento del contributo deve essere effettuato:

- Presso gli sportelli dell'ufficio Postale a me più vicino;
- Tramite bonifico: **Coordinate IBAN:**

ISTITUTO BANCARIO opp. UFFICIO POSTALE					Nome
COORDINATE BANCARIE (IBAN):					
ID. PAESE		CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	Numero di Conto Corrente

Data-----

La dichiarante

-----  
(firma non autenticata, per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CHE RICEVE LA DOMANDA**

---

**Il Ricevente:** Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_