

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Capaci

**DOMANDA DI ASSEGNO DI MATERNITA'**  
(ai sensi della Legge 448/1998 art. 66 e successive modificazioni – art. 74 D.Lgs.151/2001)

La sottoscritta COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente a Capaci  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ cittadina italiana in qualità di madre del bambino/a  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Per qualsiasi comunicazione relativa al procedimento è necessario indicare i seguenti recapiti:  
telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione dell'assegno di maternità ai sensi dell'art. 74 del D.Lgs. 151/01 per l'anno 2015.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di non aver beneficiato di alcun trattamento previdenziale di maternità erogato dall'I.N.P.S, né di altro ente previdenziale, né a carico del datore di lavoro;
- di essere beneficiaria di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale trattamento economico è erogato da \_\_\_\_\_ per l'importo di € \_\_\_\_\_ e di avere quindi diritto alla quota differenziale;

