



CITTA' DI SAN SEVERO
PROVINCIA DI FOGGIA
AREA II - SERVIZI SOCIALI ED ALLA PERSONA
- UFFICIO SIT -

DOMANDA DI ASSEGNO MATERNITA'

ANNO 2025/2026

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____
residente a _____ prov. (_____) in via _____
n. _____ tel. _____ /e-mail _____

Ai sensi del d.lgs. n. 196 del 30/06/2003, visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 05/12/2013, consapevole delle responsabilità amministrative e penali che assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

(SPAZIO RISERVATO ALL'OTTENIMENTO DELL'ASSEGNO DI MATERNITA')

- data parto -----;
- di non essere beneficiario/a, per la stessa nascita, di altri trattamenti economici o previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente;
- in caso di bambino/i in affidamento preadottivo o in adozione indicare la data in entrata nella famiglia anagrafica.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

E' OBBLIGATORIO ALLEGARE :

- ✓ COPIA CERTIFICAZIONE ISEE E DSU; (AL FINE DI OTTENERE IL BENEFICIO, SI PRECISA CHE IL NUMERO DEI COMPONENTI PRESENTI SULL'ISEE DEVE ESSERE NECESSARIAMENTE IDENTICO A QUELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA);
- ✓ COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE;
- ✓ COPIA CODICE IBAN INTESTATO AL RICHIEDENTE O COINTESTATO;
- ✓ COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO ILLIMITATO PER I CITTADINI EXTRACOMUNITARI.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI CHIAMARE O INVIARE MAIL AI SEGUENTI RECAPITI DEGLI
UFFICI PRESTAZIONI SOCIALI/UFFICIO SIT:

TEL. 0882/339676 – MAIL: ufficioservizisociali@comune.san-severo.fg.it