

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO**

Oggetto: Richiesta assegno artt. 65 e 66 della Legge 448/1998.

Il/La sottoscritto/a _____, nat__ il _____ a

_____ residente in _____,

Indirizzo _____ n. _____ tel. _____,

chiede la corresponsione

dell'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori,

dell'assegno di maternità.

Il/La sottoscritt__ dichiara che il nucleo familiare è così composto:

NUMERO COMPONENTI	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	DATA DI NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

che i requisiti di Legge erano posseduti dal proprio nucleo familiare a far data dal ___/___/20___ (solo in caso di richiesta dell'assegno ai nuclei con almeno tre figli minori);

Allega alla presente

Attestazione ISEE rilasciata da CAF o organismi abilitati nell'anno 2017;

fotocopia di un documento di riconoscimento.

Dichiara di volere percepire l'assegno

avviso al proprio domicilio (solo per pagamenti inferiori ad €. 1.000),

