

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

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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, Indirizzo

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

chiede la corresponsione

- dell'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori,  
 dell'assegno di maternità.

*(solo in caso di richiesta dell'assegno ai nuclei con almeno tre figli minori)*

Il/La sottoscritt\_\_ dichiara che i requisiti di Legge erano posseduti dal proprio nucleo familiare a far data dal  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_;

Allega alla presente

**O Attestazione ISEE rilasciata da CAF o altro Comune relativo ai redditi del 2008;**

**O fotocopia di un documento di riconoscimento.**

Dichiara di volere eventualmente percepire l'assegno al proprio domicilio o con accreditamento sul conto corrente bancario/postale n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_, ABI \_\_\_\_\_.

Si impegna a comunicare qualsiasi variazione del nucleo familiare entro tre giorni dalla stessa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_  
*(la firma non è soggetta ad autenticazione)*

\_\_l\_\_ sottoscritta autorizza il Comune di Palma di Montechiaro al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti della L. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_  
*(la firma non è soggetta ad autenticazione)*