

**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. \_\_\_\_\_ 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 2015;  
 fotocopia di un documento di riconoscimento.

**Dichiara di volere percepire l'assegno**

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

conto corrente bancario/postale,

libretto postale....

(Per pagamenti superiori ad €. 1.000 è obbligatorio indicare l'accredito su conto corrente bancario o postale)

**IBAN**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Si prega di scrivere chiaramente e controllare attentamente l'esattezza del codice).

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

Data\_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_

(Segnare con una X le caselle che interessano. Le richieste/dichiarazioni la cui casella non è stata barrata saranno considerate come non espresse).

(la firma non è soggetta ad autenticazione)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ 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)