

**CITTA' DI SARONNO** - Provincia di Varese

Il/ la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a Saronno in via _____

Tel: _____ Cittadinanza: _____

CHIEDE LA CONCESSIONE

- ANF** assegno nucleo familiare con tre figli minori decorrenza dal _____
- MAT** assegno di maternità con decorrenza dal _____

**CHIEDO CHE LO STESSO VENGA ACCREDITATO
(Il c/c bancario / postale deve essere intestato al beneficiario dell'assegno)** sul c/c bancario sul c/c postale

IBAN: _____

Al fine dell'ottenimento dell' assegno di maternità dichiaro:

- di non essere beneficiaria del trattamento previdenziale dell'indennità di maternità o esserne beneficiaria per un valore inferiore a € 348,12 mensili;
- di non aver presentato domanda per l' assegno di maternità a carico dello Stato ai sensi dell'art 75 del D.Lgs. 151/2001;
- di essere cittadina italiana comunitaria straniera in regola col titolo di soggiorno

Inoltre dichiaro

- che il figlio è nato il _____;
- che al momento della nascita del figlio ero residente nel territorio dello Stato italiano
si: no:

Informativa

Gentile Signore/a, ai sensi dell' art. 13 del D.L. 30/06/2003 n° 196 ed in relazione al trattamento dei dati personali che La riguardano desidero informarLa di quanto segue:

- il trattamento dei dati è indispensabile ai fini della concessione degli assegni ai sensi degli artt. 65 e 66 della legge 448/98 e successive modificazioni;
- il trattamento dei dati è realizzato da personale del Comune anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

- ❖ Il Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Saronno – Dirigente Dott. Mauro Gelmini
- dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Saronno, li _____

Firma _____

- Allego: copia I.S.E./I.S.E.E.
 copia codice IBAN bancario o postale
 copia titolo di soggiorno se cittadina straniera