



All'Associazione CASSA NAZIONALE DI
PREVIDENZA ED ASSISTENZA A
FAVORE DEI RAGIONIERI E PERITI
COMMERCIALI

Via Pinciana, 35 00198 ROMA

RACCOMANDATA

Oggetto: Richiesta di INDENNITÀ DI MATERNITÀ ex lege n.379 dell'11/12/1990.

La sottoscritto/a

nata il a Prov()

con studio in

Via CAP

Tel. Codice Fiscale

Partita IVA Iscritto/a alla Cassa dal Matr.

Collegio di appartenenza

Chiede la corresponsione dell'indennità di maternità di cui all'oggetto, per il seguente titolo:

1. Periodo di gravidanza e puerperio comprendente i due mesi pre partum ed i tre mesi post partum.
2. Interruzione di gravidanza per motivi spontanei o terapeutici intervenuta dopo il compimento del terzo mese di gravidanza e prima del sesto mese.
3. Interruzione di gravidanza per motivi spontanei o terapeutici intervenuta dopo il compimento del sesto mese di gravidanza.
4. Adozione o affidamento preadottivo di minore di età non superiore ad anni 6 all'atto di ingresso nel nuovo nucleo familiare.

Si allegano i seguenti documenti:

1. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, o atto notorio, inerente l'inesistenza del diritto ad altre indennità di maternità da parte di altro Ente o Istituto. Per tutti gli eventi.
2. Autocertificazione corredata da fotocopia documento, attestante il reddito professionale (quale risulta dal quadro E o H) conseguito nel secondo anno precedente la domanda. Per tutti gli eventi.
3. Certificato di nascita del bambino da cui risulti il nome della madre. Per le domande inoltrate dopo il parto.

4. Un certificato del medico curante attestante lo stato di gravidanza, a partire dal sesto mese di gravidanza compiuto, per le domande inoltrate prima del parto.
5. Per le sole adozioni: copia autentica del certificato di adozione o di affidamento preadottivo.

N.B. Tutta la documentazione è in carta libera.
La domanda **deve** essere inoltrata entro 180 giorni dalla data dell'evento (nascita – aborto – ingresso in famiglia per adozioni). Il termine è perentorio.

La sottoscritta chiede che l'indennità di cui sopra Le venga corrisposta con le seguenti modalità (barrare la modalità prescelta)

- Accreditamento bancario ABI CAB C/C
- Denominazione Banca**
- Agenzia** **Città**
- Assegno circolare non trasferibile, **da inviare al proprio domicilio, sollevando la Cassa da ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto.**

Data

Firma