



RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITÀ

Ai sensi dell'art. 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 e s.m.i. e dell'art. 74 del D. Lgs. 26/03/2001 n.151

AL COMUNE DI ABBADIA SAN SALVATORE

Ciascuna domanda dovrà essere compilata in tutte le sue parti, barrando tutte le opzioni che ricorrono, e corredata della documentazione richiesta

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a(Prov.) il

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza anagrafica

Via / Piazza N°

Comune Prov. CAP

Tel. Cell.

in qualità di madre padre(1) affidatario adottante legale rappresentante(2)

del/la bambino/a (nome e cognome) _____ nato/a il ____|____|____|

CHIEDE

Che le sia concesso l'assegno di maternità per l'importo previsto ai sensi dell'art. 66 della legge 448/98 e successive modificazioni e dell'art. 74 del D. Lgs. 26/03/2001 n.151.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere (scegliere il caso che ricorre):

- cittadina comunitaria,
- cittadina extra comunitaria ma in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. _____ rilasciato dalla Questura di _____ in data _____ (cittadina residente in Italia in possesso del permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo - ex carta di soggiorno di cui all'art. 1 del D.Lgs n. 3/2007);
- cittadina extra comunitaria titolare dello status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria (art. 27 del D.Lgs n. 251/2007);
- cittadina extra comunitaria in possesso del Permesso di Soggiorno CE Unico per Lavoro o con Autorizzazione al Lavoro;
- cittadina dei paesi Tunisia, Marocco, Algeria e Turchia, in base agli Accordi Euro-Mediterranei stipulati con la Comunità Europea, in possesso di Permesso di Soggiorno per motivi familiari oppure di un Permesso di Soggiorno avente durata almeno biennale



di essere madre del/della bambino/a nato/a il ed entrato a far parte della famiglia anagrafica il

di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per lo stesso evento

oppure

di essere titolare di trattamento previdenziale di maternità erogato da ente previdenziale di importo inferiore a quello previsto dall'art. 66, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (3);

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ufficio Servizi alla Persona ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare.

Richiede che il pagamento sia effettuato mediante Accredito su c/c postale o bancario intestato a:

Table with 6 columns: PAESE, CHECK, CIN, ABI, CAB, N° CONTO

ALLEGATI:

- 1) ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'
2) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITA';
3) FOTOCOPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO O DEGLI ALTRI TITOLI VALIDI PER L'ACCESSO AL BENEFICIO DA PARTE DEI RICHIEDENTI EXTRA-COMUNITARI;
4) IN CASO DI SEPARAZIONE: COPIA DELLA SENTENZA DI SEPARAZIONE, ANCHE SE LA MADRE NON CONVIVE PIÙ CON L'EX MARITO.
5) ALTRI DOCUMENTI

N.B. L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, comma1, D.P.R. 445/2000).

NOTE: (1) In caso di abbandono da parte della madre o di affidamento esclusivo al padre.
(2) Nel caso di incapacità di agire dell'avente diritto all'assegno.
(3) Specificare l'Ente o il soggetto erogatore.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati, ai sensi della vigente normativa di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

Firma

.....