|  |
| --- |
| Spazio per il protocollo |

Al Comune di Delianuova

Ufficio Servizi Sociali

DELIANUOVA

|  |
| --- |
| DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITA'Art. 74 D. Lgs. 26/03/2001 n. 151 |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in Delianuova Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione dell'assegno di maternitàprevisto dall'art. 74 del D. Lgs. 151/2001

🞏 in misura piena

🞏 nella misura di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 75 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

⌧ di essere Cittadino Italiano o di uno Stato appartenente all'Unione Europea;

🞏 che il giorno dal quale si è verificato il requisito per il quale chiede l'assegno è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data nascita figlio);

🞏 di essere affidatario/a preadottivo/a di n. \_\_\_\_\_\_ bambin\_\_ nato/i il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

entrato/i nella propria famiglia anagrafica il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 di essere adottante senza affidamento di n. \_\_\_\_\_ bambin\_\_\_ nato/i il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ entrato/i nella propria famiglia anagrafica il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 di essere beneficiario/a di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore a quello previsto dalle norme vigenti per la concessione del beneficio, **come da dichiarazione del datore di lavoro allegata.**

⌧ di non essere beneficiario/a di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o altro Ente previdenziale per la stessa nascita.

⌧ di non essere beneficiario/a per la stessa nascita di trattamenti economici di maternità ex art. 13 c. 2 Legge 1204/71 e s.m., nonché di altri trattamenti economici di maternità corrisposti da datori di lavoro non tenuti al versamento dei contributi di maternità.

⌧ di non aver fruito dell'assegno di maternità erogato dall'INPS in base alla Legge 488/99.

⌧di risultare disoccupata o inoccupata;

⌧ che il proprio/a figlio/a è nato/a nel Comune di residenza presso cui si presenta la domanda;

⌧di essere consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti, di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2006.

**CHIEDE**

che l'eventuale erogazione dell'assegno dovrà avvenire con le seguenti modalità:

🞏 pagamento allo sportello

🞏 a mezzo accredito su c/c bancario

🞏 a mezzo accredito su c/c postale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BANCA | FILIALE | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |

Allega alla presente dichiarazione:

1. Attestazione ISEE;
2. Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;
3. Copia IBAN.
4. Copia DID;

Delianuova, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma autografa non autenticata)