


Oggetto : DOMANDA DI ASSEGNO DI MATERNITA'. Anno 2017

IL/La Sottoscritto/a	
COGNOME	NOME

Nato/a il	a
-----------	---

Residente a	Telefono
In Via/Piazza	N. _____ scala _____

Cellulare

Indirizzo mail

Codice Fiscale															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di madre del bambino/a:

COGNOME	NOME
---------	------

DICHIARA

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- che mio/a figlio/a è nato/a il (gg/mm/aa) ____/____/____
- di aver adottato mio/a figlio/a dal (gg/mm/aa) ____/____/____
- di aver in affido un bambino/a dal (gg/mm/aa) ____/____/____
- di essere cittadina italiana o comunitaria
- di essere cittadina extracomunitaria
- di essere casalinga o disoccupata

DICHIARA INOLTRE

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita;
- di essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità inferiore a quello previsto dall'art. 66 della legge n. 448/98 e successive rivalutazioni;
- di non aver presentato all'INPS domanda di assegno per la presente maternità ai sensi dell'art. 49 della L. 488/99, e di impegnarsi a comunicare l'eventuale futura presentazione al Comune di Terracina;
- di aver presentato all'INPS domanda di assegno per la presente maternità ai sensi dell'art. 49 della L. 488/99;
- di essere in possesso della carta di soggiorno o permesso di soggiorno illimitato (per le cittadine extra comunitarie);

CHIEDE

(barrare l'ipotesi che ricorre)

che le sia concesso l'assegno per maternità previsto dall'art. 66 della legge n. 448 del 23/12/98;

che le sia concessa la quota differenziale tra i due trattamenti;

Con la seguente modalità:

accredito sul conto corrente postale (indicare IBAN) _____

accredito sul conto corrente bancario (indicare IBAN) _____

A tal fine allega alla presente domanda:

Fotocopia ISEE;

Fotocopia della DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) firmata dal dichiarante;

Fotocopia dei permessi di soggiorno valido nel momento in cui richiedi il contributo;

modulo SR163 (IBAN) compilato dal richiedente e dalla Banca o Posta ;

dichiarazione dell'azienda o dell'INPS per le indennità di maternità versate (meno di € 338,89 mensili).

Fotocopia dell'omologa di separazione:

Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

L'apposizione della propria firma in calce alla presente domanda conferma l'autenticità dei dati in essa contenuti ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione. A tale scopo si richiamano le sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR. 28 dicembre 2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

L'incompleta compilazione della domanda da parte del richiedente comporta l'interruzione del procedimento.

Si informa inoltre che, ai sensi dell'art.71 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, questa Amministrazione procederà ad idonei controlli, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n. 196/2003

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sopraelencati ai sensi dal D.lgs. n. 196/2003 con le seguenti precisazioni: i dati raccolti saranno trattati, solo per fini istituzionali, manualmente ed informaticamente, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la Sua riservatezza ed i suoi diritti. In relazione ai dati raccolti Lei gode dei diritti di cui agli artt. 7 e seguenti del D.lgs. n. 196/2003, nei limiti di legge.

La presente richiesta e i relativi allegati si riferiscono ad una procedura che contempla la raccolta ed il trattamento di "dati sensibili" di cui all'art.20 del D.lgs n. 196/2003; in merito si precisa che il trattamento suddetto avviene esclusivamente ai fini della presente domanda e che i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti solamente ai fini della presente richiesta .

Data _____

Firma _____