**DOMANDA PER LA RICHIESTA**

**DELL’ASSEGNO DI MATERNITA’**

Ai sensi dell’art. 74 del D.lgs. n. 151/2001 e successive modificazioni

AL COMUNE DI CETONA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|

residente a CETONA (SI) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

in qualità di ❑ madre ❑ padre(**[[1]](#footnote-1)**) ❑ affidatario ❑ adottante ❑ legale rappresentante(2)

del/la bambino/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|

**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.

**CHIEDE**

la concessione dell’assegno di maternità, così come previsto dall’art. 74 del D.Lgs. 26/3/01 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 non ricevere alcun trattamento economico della maternità;
* di essere beneficiario/a di trattamento economico di maternità inferiore all’importo dell’assegno e che tale trattamento economico è erogato da(3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3) e di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all’ammontare delle prestazioni richieste;
* di aver cessato lo svolgimento della prestazione lavorativa in data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| datore di lavoro o lavoratore autonomo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE che,** in caso di assegnazione del contributo economico, il pagamento sia effettuato nel seguente modo:

* accredito sul Conto corrente postale
* accredito sul Conto corrente bancario

con le seguenti coordinate bancarie o postali:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Istituto Bancario | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filiale | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COORDINATE (IBAN – BBAN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ID. PAESE** | | | | CIN | Codice ABI | | | | | Codice CAB | | | | | **Numero di CONTO CORRENTE** | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intestatario conto | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’IBAN** è così composto**: Identificativo** **paese** (IT per l’Italia e 2 caratteri numerici), **CIN** (1 carattere alfabetico), **ABI** ( 5 caratteri numerici), **CAB** (5 caratteri numerici), **N. Conto Corrente** (12 caratteri alfanumerici senza segni separatori o di interpunzione: barre, punti, etc.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

La sottoscritta (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara altresì che il c/c bancario o il c/c postale è:

* intestato a nome della sottoscritta
* cointestato tra la persona richiedente l’Assegno maternità e il sig. (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Regolamento UE 2016/679.**

**ALLEGA**

* Fotocopia di un documento di identità valido: carta d’identità;
* Attestazione ISEE riferita all’anno in corso;
* Per le cittadine extracomunitarie fotocopia di uno dei seguenti titoli di soggiorno:
* Permesso di Soggiorno CE Unico per Lavoro o con Autorizzazione al Lavoro
* Permesso di Soggiorno CE per Lungo soggiornanti (ex Carta di Soggiorno)
* Permesso di Soggiorno CE di Protezione Sussidiaria o titolare di Status di Rifugiato Politico
* Per le cittadine dei paesi Tunisia, Marocco, Algeria e Turchia, in base agli Accordi Euro-Mediterranei stipulati con la Comunità Europea, è sufficiente produrre la fotocopia del Permesso di Soggiorno per motivi familiari oppure la fotocopia di un Permesso di Soggiorno avente durata almeno biennale
* In caso di separazione: copia della sentenza di separazione.

Data Firma leggibile

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

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

1. **NOTE:** (3) Specificare l’Ente o il soggetto erogatore. [↑](#footnote-ref-1)