

DATA DI ARRIVO



N. PROTOCOLLO

AREA WELFARE

SETTORE SERVIZIO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

Domanda di assegno di maternità – Anno _____

La sottoscritta _____ nata a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____

Prov. _____ cap. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Codice Fiscale

CHIEDE

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

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole:

- delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o utilizzo di atti falsi;
- della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art 75 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

1) di essere *(barrare la casella interessata)*:

- cittadina italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea;
- cittadina di Stato non appartenente all'Unione Europea in una delle seguenti condizioni:
 - o rifugiata politica, sua familiare o superstite;
 - o apolide, sua familiare o superstite;
 - o titolare della protezione sussidiaria;
 - o aver soggiornato legalmente in almeno due Stati membri, sua familiare o superstite;
- o familiare di cittadino dell'Unione Europea o di cittadino lungosoggiornante, non avente la cittadinanza di uno Stato membro e titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- o titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;
- o cittadina/lavoratrice del Marocco, Tunisia, Algeria e Turchia, sua familiare;
- o titolare del permesso unico per lavoro o con autorizzazione al lavoro (ad eccezione delle categorie espressamente escluse dal D. Lgs 40/2014), sua familiare;

2) di essere residente nel Comune di _____;

3) di *(barrare la casella interessata)*:

- essere la madre del/della bambino/a _____ nato/a a _____ il _____;
- aver adottato o avere in affidamento preadottivo il/la bambino/a _____ dal _____;

4) di essere in possesso di un'Attestazione I.S.E.E. (valido per le prestazioni rivolte al/alla bambino/a in oggetto) in corso di validità pari a € _____
Data sottoscrizione Dichiarazione Sostitutiva Unica _____;

5) di (*barrare la casella interessata*):

- non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita;
 essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di € _____ inferiori a quelli previsti dall'art. 74 del D. Lgs 151/2001;

6) di non aver presentato all'INPS domanda di concessione di assegno per la stessa nascita, in base all'art. 75 del D. Lgs 151/2001;

7) di essere informata, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; i dati, inoltre, verranno trasmessi per via telematica all'INPS ai fini del pagamento dell'assegno e potranno essere trasmessi alla Guardia di Finanza, in base al Protocollo di intesa finalizzato al coordinamento dei controlli sostanziali delle posizioni reddituali e patrimoniali dei nuclei familiari di soggetti beneficiari di prestazioni sociali agevolate.

ALLEGA IN FOTOCOPIA

(barrare la documentazione presentata)

- Documento d'identità;
 (*solo per le cittadine di Stati non appartenenti all'Unione Europea*) Documento di soggiorno in corso di validità oppure Ricevuta attestante la richiesta di rinnovo;
 Codice IBAN del C/C bancario o del C/C postale o del libretto postale o dell'INPS card o della carta di pagamento (**intestato o cointestato alla richiedente**).

CONTROLLI

L'Unione dei Comuni provvede ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR. Qualora dai sopracitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Amministrazione provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dalla richiedente e a comunicare all'INPS i dati per l'avvio delle procedure necessarie al recupero delle somme indebitamente percepite.

Ogni comunicazione deve essere inviata all'indirizzo di residenza, oppure c/o

La richiedente si impegna a comunicare tempestivamente al Coordinamento della rete degli sportelli sociali-educativi dell'Unione dei Comuni (Tel. 0545/38275 - 38385 – Fax 0545/38536) eventuali variazioni dei dati forniti, in particolare dell'indirizzo e/o del Codice IBAN.

Lì (luogo e data), _____

Firma _____