*Comune di ……………………………………………*

*Provincia di ….................................………*

|  |
| --- |
| **Richiesta dell’assegno di maternità** |

***Al Comune di***

*.......................................................................*

Il/La sottoscritto/a: ..........................................................................................................................................

nato/a a ..............................................................................................................................., il ....../....../............,

Codice Fiscale .................................................................................................................., residente in codesto

Comune in via ..............................................................................................................................., n. ...............,

 ......................................................., indirizzo di posta elettronica .................................................................,

in qualità di:

 madre;  padre;  affidatario/a preadottivo;

 adottante  coniugato;  non coniugato;

del/dei minore/i:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N.D. | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | NOTE |
| ........ | ........................................................................ | ....................................... | ....../....../............ | ............................ |
| ........ | ........................................................................ | ....................................... | ....../....../............ | ............................ |
| ........ | ........................................................................ | ....................................... | ....../....../............ | ............................ |
| ........ | ........................................................................ | ....................................... | ....../....../............ | ............................ |
| ........ | ........................................................................ | ....................................... | ....../....../............ | ............................ |

iscritto/i all'anagrafe nello stesso mio nucleo familiare in data ....../....../............

**CHIEDE**

la concessione dell’assegno di maternità previsto dall’art. 74 del T.U. 26 marzo 2001, n. 151.

A conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità:

**DICHIARA**

 di essere in possesso della cittadinanza italiana;

 di essere cittadino/a comunitario/a;

 di essere titolare dello status di rifugiato politico (possesso del titolo di viaggio);

 di essere titolare di una carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato comunitario;

 di essere titolare di una carta di soggiorno di familiare di cittadino dell’Unione (o italiano), di durata

quinquennale;

 di essere titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato a tempo indeterminato;

 di essere titolare di permesso di soggiorno della validità minima di un anno.;

 che la richiesta dell’assegno si riferisce a minore/i in possesso di regolare carta di soggiorno di cui al D.Lgs. n. 286/1998;

 di avere titolo alla concessione dell’assegno di maternità ai sensi dell’art. 11 del D.M. 21 dicembre 2000, n. 452, per i seguenti motivi: .......................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................ .......................................................................................................................................................................;

 di non prestare alcuna attività lavorativa e, conseguentemente, di non avere diritto per l’evento di cui trattasi, ad alcuna prestazione previdenziale o economica;

 che beneficia del trattamento previdenziale o economico di maternità nell’importo complessivo di
€ ............................................., erogato da .................................................................................................... ........................................................................................................................................................................

**ALLEGA**

* Dichiarazione Sostitutiva Unica e certificazione I.S.E.E (Decreto Legislativo n. 109 del 31/03/1998 e Decreto Legislativo n. 130 del 03/05/2000) delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare
* Copia documento d’identità
* (eventuale) Copia titolo di soggiorno/titolo di viaggio
* (eventuale) Decreto di adozione senza affidamento o di affidamento preadottivo

**CHIEDE QUINDI**

il pagamento dell’assegno secondo la seguente

**Modalità di pagamento**

 accredito sul conto corrente bancario o postale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C. Paese | CIN IBAN | CIN | ABI | CAB | C/C |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CODICE IBAN

*Ccomposto da 27 caratteri*

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente l’esito di ogni eventuale altra richiesta per sostegno economico alla maternità e ogni eventuale variazione nella composizione e nella residenza del proprio nucleo familiare

**DICHIARA**

di aver preso visione dell’Informativa di questo Comune relativa alla protezione dei dati personali e sensibili, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) pubblicata sul sito Internet comunale.

*....................................................., lì* ....../....../............

**FIRMA**

.............................................................