**AL COMUNE DI TERZIGNO**

RESPONSABILE SERVIZI SOCIALI E POLITICHE SOCIALI

**“ DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITA’ – Art. 74 D.lgs. 26/03/01 n. 151 ”**

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in Terzigno alla via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che gli/le sia concesso l’assegno di maternità previsto dall’art.74 del **D.lgs. 26/03/01 n. 151** .

🞎 in misura piena; 🞎 nella misura di Euro ……………….…..……….

Chiedo inoltre che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite:

⃞ Assegno ⃞ Libretto postale ⃞ Accredito su C/C Bancario o Postale n°

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAESE | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

intestato a ……………………………….….. Ist. di Credito ……………………….………………..…………. Ag. ……………………………………………. Via…………………………………………………… n° ……

Ai fini della presente domanda, consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’Art. 71 del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui posso andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di essere cittadino italiano e/o di uno stato appartenente all’Unione Europea residenti;
* di essere cittadino straniero in possesso della carta si soggiorno n………………………………, rilasciata dalla Questura di…………………………… ;
* di essere Madre/Padre di n……bambino/i… nato/i il………………a………………..;
* di essere affidatario/a preadottivo/a di n° ………... bambino/i………….nato/i il ………….entrato/i nella propria famiglia anagrafica il……………….........;
* di essere adottante senza affidamento di n° ……. bambino/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. 13.2 Legge 1204/71 e ss.mm.ii. nonché di altri trattamenti economici di maternità corrisposti da datori di lavoro non tenuti al versamento di contributi di maternità;
* di non aver fruito dell’assegno di maternità erogato dall’Inps in base alla L. 488/99;
* di allegare alla presente l’Ise dell’anno di riferimento;
* di aver preso visione dell’Informativa Privacy all’indirizzo: comunediterzigno.gov.it/privacy

**CHIEDE INOLTRE**

che tutte le comunicazioni relative alla presente domanda siano recapitate al seguente indirizzo:

presso…………………………Via……………………………….n°…..…Comune di………………………..

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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