Al Sindaco del Comune di Rocca di Papa

**RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITA’**

**(art. 65L. 448/98, art. 74 D.Lgs 151/2001)**

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

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente nel Comune di Rocca di Papa

In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

□ madre legittima o naturale che ha riconosciuto il figlio

□ donna affidataria o adottante

□ padre, di cui all’art. 11, comma 1 lettera a) del DL 21.12.2000 n°452

□ affidatario preadottivo o l’adottante senza affidamento (art.11, comma 1, lettera b, D.L.

452/2000)

□ l’adottante non coniugato di cui all’art.11, comma 1, lettera c) del DL 21.12.2000 n°452

□ legale rappresentante[[1]](#footnote-1)

Del/la bambino/a *(nome e cognome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

La concessione dell’assegno di maternità, così come previsto dall’art. 74 del D.Lgs 26/03/01 n.151. **A tal fine, consapevole delle sanzioni pensali 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 essere cittadino italiano o appartenente all’Unione Europea;

□ di essere cittadino extracomunitario in possesso di carta di soggiorno in corso di validità;

□ 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[[2]](#footnote-2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a[[3]](#footnote-3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all’ammontare delle prestazioni richieste.

□ di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente a codesto Ente eventuali variazioni del nucleo familiare.

DICHIARA INOLTRE

Che il codice IBAN bancario intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Chek | | Cin | ABI | | | | | CAB | | | | | N. CONTO | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Che il codice IBAN postale intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Chek | | Cin | ABI | | | | | CAB | | | | | N. CONTO | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

ALLEGA:

□ Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE (ai sensi dell’art. 3 del Decreto 25/05/2001 n. 337 del Ministro per la Solidarietà Sociale);

□ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità o di carta di soggiorno in corso di validità;

□ In caso di separazione: copia della sentenza di separazione, anche se la madre non convive più con l’ex marito.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

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

1. Nel caso di incapacità di agire dell’avente diritto all’assegno [↑](#footnote-ref-1)
2. Specificare l’Ente o il soggetto erogatore. [↑](#footnote-ref-2)
3. Specificare l’Ente o il soggetto erogatore. [↑](#footnote-ref-3)