

DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITA' (Art. 74 L. 26/03/2001, n. 151)

ANNO 2022

Ufficio Amministrativo Politiche Sociali

89044 LOCRI (RC)

Tel.0964.391495

Mail: servizisocialilocri@libero.it

Pec:servizisociali.comunelocri@asmepec.it

___ L ___ a sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

CHIEDE

la concessione dell'**Assegno di Maternità** (art. 74, Legge 26 marzo 2001 n° 151).

Consapevole di quanto previsto dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e delle responsabilità penali degli artt. 75 e 76 dello stesso D.P.R. nel caso di dichiarazioni false, falsità negli atti con conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Locri;
- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino di un paese dell' Unione Europea;
- Di essere cittadino extra UE titolare:
 - Del permesso di soggiorno UE per Soggiornante di Lungo Periodo;
 - Del permesso Unico Lavoro o con autorizzazione al lavoro, ad eccezione delle categorie espressamente escluse dal D.lgs n° 40/2014;
 - Familiare di cittadini italiani, dell' Unione Europea o di cittadini soggiornanti di lungo periodo non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di Soggiorno o del diritto di Soggiorno Permanente;
 - Titolare dello Status di Rifugiato Politico o Protezione sussidiaria o Protezione Speciale;
 - Cittadino che abbia soggiornato legalmente in almeno due stati membri;
 - Cittadino di uno dei seguenti paesi: Marocco, Tunisia, Algeria, Turchia, titolare del permesso di soggiorno per motivi di lavoro o in possesso di regolare contratto di lavoro;
 - Cittadino apolide.
- Che la data di nascita del proprio figlio/a è: ____ / ____ / ____ ;

- Che si impegna a comunicare tempestivamente al Comune ogni eventuale variazione del proprio nucleo familiare.
- Di **non essere beneficiaria** di un trattamento economico di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per la stessa nascita;
- Di **essere beneficiaria** di un trattamento economico di maternità di importo inferiore rispetto all'importo dell'assegno (indicare l'importo percepito _____ €) e pertanto chiedo la quota differenziale;
- Che l'erogazione dell'assegno dovrà avvenire con le seguenti modalità:
 - Accredito sul Libretto Postale
 - Accredito sul Conto Corrente Bancario/Postale

Codice IBAN: _____

L ___ sottoscritta dichiara inoltre di essere informata, ai sensi dell' art. 10 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.

L ___ sottoscritta, allega alla presente:

1. Copia del documento di identità in corso di validità;
2. Copia del permesso di soggiorno in corso di validità o copia della ricevuta di richiesta del permesso di soggiorno;
3. Attestazione ISEE e DSU in corso di validità;
4. Autocertificazione dello Stato di Famiglia;
5. Copia del Codice IBAN;
6. Copia della sentenza di separazione (in caso di separazione).

Locri _____

Firma _____