

Domanda di assegno per maternità

Al Sindaco del Comune di Bacoli

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ Provincia ____ il ____ | ____ | ____ | residente a ____

in via/piazza _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

in qualità di madre padre⁽¹⁾ affidatario adottante legale rappresentante⁽²⁾

del/ dei bambin.. (cognome e nome) _____ nat.... il ____ | ____ | ____ |

_____ nat.... Il ____ | ____ | ____ |

_____ nat.... Il ____ | ____ | ____ |

Beneficiaria minorenni o incapace (cognome e nome).....

codice fiscale.....

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dall'art. 74 del D.Lgs 26/3/01 n.151.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali 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 non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per lo stesso evento nascita/adozione
- di essere beneficiario/a di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale trattamento economico è erogato da⁽³⁾ _____ per l'importo di € _____;
- di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a _____⁽³⁾ e di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all'ammontare delle prestazioni richieste;
- di aver cessato lo svolgimento della prestazione lavorativa in data ____ | ____ | ____ |
- di essere residente nel Comune di Bacoli
- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di essere cittadino/a comunitario/a (indicare la nazione europea)
- di essere cittadino/a extra comunitario/a

CHIEDE che, in caso di assegnazione del contributo economico, il pagamento sia effettuato nel seguente modo:

- accredito sul Libretto postale
- accredito sul Conto corrente bancario/ postale

con le seguenti coordinate bancarie o postali:

Istituto Bancario																			
Filiale																			
COORDINATE (IBAN – BBAN)																			
ID. PAESE		CIN	Codice ABI				Codice CAB				Numero di CONTO CORRENTE								

La sottoscritta (cognome e nome) _____ dichiara altresì che il c/c bancario, il libretto postale o il c/c postale è:

- intestato a nome della sottoscritta
- cointestato tra la persona richiedente l'Assegno maternità e il sig. (nome e cognome) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre 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

- Fotocopia di un documento di identità valido (Carta d'identità, Patente di guida, Passaporto);
- Attestazione ISE VALIDA comprensiva di Dichiarazione Sostitutiva Unica
- In caso di separazione: copia della sentenza di separazione, anche se la madre non convive più con l'ex marito.
- Copia documento bancario/postale riportante INTESTATARIO CONTO E CODICE IBAN
- Per i cittadini extracomunitari:
copia carta di soggiorno e/o permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo o documentazione probante lo status di rifugiato politico e (per i cittadini dei paesi Tunisia, Algeria , Marocco è sufficiente il permesso di soggiorno per motivi familiari – accordi euro mediterranei)

Data

Firma leggibile

N.B. L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, comma1, D.P.R. 445/2000).

Ufficio Spazio Famiglia - AREA IV - via Miseno tel 0818553401
orario di apertura al pubblico: lunedì – mercoledì – venerdì 9,00 -12,30 e giovedì 16,00 – 18,30
e mail: servizi.sociali@comune.bacoli.na.it

Da consegnare entro e non oltre sei mesi dalla nascita del figlio/a a:
Ufficio Protocollo - Comune di Bacoli - tel. 081- 8553218