



# COMUNE DI PRESICCE-ACQUARICA

## Provincia di Lecce



**UFFICIO SERVIZI SOCIALI-PUBBLICA ISTRUZIONE**

presso sede territoriale: Palazzo Villani - Piazza dell'Amicizia - 73040 Località Acquarica - Tel. 0833721106

Al Sig. C. **SINDACO**  
Comune di Presicce-Acquarica  
**S E D E**

**Oggetto: Istanza di Concessione ASSEGNO DI MATERNITA'**  
(da presentare entro e non oltre 6 mesi dalla data del parto)

La Sittoscritta \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in Presicce-Acquarica in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C. F.																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di madre del/della bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dalla legge 448/1998 e successive modificazioni. A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli artt.46 e 47 del DPR 445/2000 "Testo Unico su documentazione amministrativa" e consapevole, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni delle sanzioni previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e della decadenza dei benefici conseguiti, in base all'art.75 del DPR 445/2000

**DICHIARA**  
sotto la propria responsabilità

- di essere cittadino/a  italiano/a  comunitario/a (indicare la cittadinanza \_\_\_\_\_)
- di essere cittadino/a extracomunitario/a in possesso di:
  - Permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
  - Carta di soggiorno rilasciata prima del D.Lgs 3/07
  - Carta di soggiorno quinquennale per i familiari di cittadino comunitario
  - Carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro
  - Status di  Rifugiato Politico  Beneficiario di Protezione sussidiaria

N°	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapp. di parentela con il richiedente

- di **non** aver presentato, per lo stesso evento, la medesima domanda di assegno di maternità ad altri enti;

- di non essere beneficiaria di trattamento previdenziale d'indennità di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) o di altro ente previdenziale per lo stesso evento  
ovvero
- di essere beneficiaria di trattamento previdenziale di indennità di maternità, per un importo complessivi pari ad euro \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'Attestazione ISEE sottoscritta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con Valore pari a € \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà eseguire opportuni controlli sulle dichiarazioni effettuate riservandosi di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti ed al contempo negare beneficio o comunque revocarlo se già precedentemente concesso;
- di chiedere, in caso di concessione dell'assegno, che la somma sia corrisposta con accredito su:
- conto corrente bancario             conto corrente postale             libretto postale

Cod. IBAN

(il c/c deve essere intestato all'istante o cointestato. Riportare il codice in modo chiaro e leggibile. Il Comune non risponde per eventuali errori di compilazione e non si attiverà al fine di una eventuale rettifica, onere a carico dell'istante).

**Si allega alla presente :**

- 1. Fotocopia Attestazione I.S.E.E. richiesta con le finalità di assegno maternità/nucleo familiare**
- 2. Fotocopia documento di identità**
- 3. Fotocopia titolo di soggiorno per cittadino extracomunitario richiedente e per il nuovo nato**

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, dichiara di esprimere il proprio consenso trattamento/comunicazione/diffusione dei propri dati personali e sensibili anche con strumenti informatici limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

---

**Parte riservata all'Ufficio**

- ammessa al beneficio**            importo riconosciuto € \_\_\_\_\_
- esclusa** \_\_\_\_\_
- sospesa** \_\_\_\_\_

**Note:**