



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 complessivo 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 il 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 al 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: