

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL' ASSEGNO DI MATERNITÀ**  
(ai sensi del D. Lgs. 151/2001 art. 74 (ex art. 66 L. 448/1998 )

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**che le sia concesso l'assegno di maternità, così come previsto dall'art. 74 del D. Lgs. 151/2001, ex art. 66 della Legge 448/1998;**

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 "Testo Unico sulla 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

**1) di essere residente a LIMBADI in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_**

tel. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
(indicare sempre un recapito telefonico per eventuali comunicazioni)

**2) di essere madre/ \_\_\_\_\_ del/la bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**3) di essere:**

- ☐ cittadina italiana
- ☐ di essere cittadina dell'Unione Europea
- ☐ di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di carta di soggiorno per se' e per il/la figlio/a (che si allega in copia);

**4) dichiara, inoltre:**

- ☐ di non essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a ;
- ☐ di essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a, inferiore all'assegno in oggetto e precisamente per l'importo di euro \_\_\_\_\_ e chiede pertanto al quota differenziale;

**5) di essere in possesso dei requisiti di reddito richiesti di cui all'art. 74, comma 4 e 5, del Decreto Legislativo n. 151 del 26.03.2001;**

**6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Limbadi ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare;**

**7) di indicare per l'accredito sul conto corrente bancario o postale o su libretto postale di cui la sottoscritta è intestataria o co-intestataria i seguenti dati:**

IBAN: \_\_\_\_\_ (27 cifre)

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE** (articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675)

I dati personali acquisiti con la dichiarazione sostitutiva:

- devono essere forniti necessariamente per determinare la situazione economica del nucleo del dichiarante, secondo i parametri riportati nella relativa certificazione, ai sensi del decreto legislativo n. 109 del 1998;
- sono raccolti dal Comune di Limbadi ed utilizzati anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare le prestazioni sociali agevolate;
- possono essere comunicati al Ministero delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti.

*Firma**Data* \_\_\_\_\_**Allega i seguenti documenti:**

- ☐ Attestazione ISEE completa di relativa dichiarazione sostitutiva unica in originale riferita ai redditi percepiti nell'anno precedente a quello di presentazione della domanda valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130), sottoscritta dall'ufficio attestante la presentazione e dal dichiarante in ogni sua parte;
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento;
- ☐ Fotocopia carta di soggiorno per sé e per il figlio ovvero fotocopia della ricevuta di avvenuta richiesta alla Questura di rilascio della carta di soggiorno (se cittadina extracomunitaria)

- **IN CASO DI PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO ai sensi art. 38 comma 3 del DPR 445/2000:**

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto previo accertamento della sua identità mediante:

\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

- **IN CASO DI INVIO PER POSTA, FAX O TRAMITE ALTRA PERSONA ai sensi art. 38 comma 3 del DPR 445/2000**

Si allega copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.

- **IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE:**

**Spazio riservato al pubblico ufficiale che attesta la dichiarazione di chi non sa o non può firmare o si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute (art. 4 DPR 445/2000):**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (dipendente addetto) riceve la dichiarazione:

del Sig./ra  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

oppure  
del parente (Indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

il quale dichiara che il richiedente risulta impedito temporaneamente per ragioni connesse allo stato di salute, della cui identità si è accertato tramite documento di riconoscimento:

\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma per esteso)