

**Amministrazione destinataria**

Comune di Annone Veneto

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali

Domanda di assegno di maternità**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					☐
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità ai sensi del Decreto ministeriale 21/12/2000 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25/05/2001, n. 337.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il proprio figlio è nato il

Data di nascita

di essere

- ☐ cittadina italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea
- ☐ cittadina di altro Stato, titolare della carta di soggiorno (permesso di soggiorno di lunga durata) rilasciata in data

Data

pertanto allega permesso di soggiorno

- ☐ rifugiata politica o con protezione sussidiaria
- ☐ cittadina extracomunitaria in possesso di permesso di soggiorno e di potersi avvalere di quanto previsto negli accordi euromediterranei (opzione prevista solo per cittadini lavoratori di nazionalità algerina, marocchina, tunisina e turca)

pertanto allega permesso di soggiorno

relativamente ai trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale

- ☐ di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per lo stesso evento
- ☐ di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità per l'astensione obbligatoria a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per lo stesso evento non superiori complessivamente all'importo previsto per l'anno di riferimento e pertanto di avanzare richiesta per la concessione della quota differenziale. Nello specifico, la somma complessivamente percepita a titolo di trattamento previdenziale o economico di maternità è la seguente

Somma

€

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di non avere presentato, per il medesimo evento, domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato di cui all'articolo 75 del Decreto legislativo 26/03/2001, n. 151 (assegno istituito dall'articolo 49 della Legge 23/12/1999, n. 488)
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare di cui sopra

COMUNICA

che l'eventuale erogazione del beneficio dovrà avvenire con le seguenti modalità

- ☐ bonifico postale
- ☐ a mezzo accredito sul conto corrente bancario

Intestato a

Banca o posta

IBAN

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☒ copia della dichiarazione ISEE

☐ permesso di soggiorno

☐ documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.