



COMUNE DI CAMPIGLIA MARITTIMA

(PROVINCIA DI LIVORNO)

SETTORE 2 - Servizi socio - assistenziali

DOMANDA PER LA RICHIESTA DI ASSEGNO DI MATERNITA'

La Sig.ra/Il Sig.(cognome)..... (nome)

Nata/o a.....Prov.....il...../...../.....

Codice fiscale.....

Residente a

in Via/P.zan.....Cap

Recapito telefonico.....

EMAIL.....

☐ In qualità di genitore di

.....nato/a a.....il.....

DICHIARA

☐

Di essere consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del dpr 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali e della sanzioni cui posso andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi.

AUTORIZZA

☐

Ai sensi del D. Lgs. N. 196/03, il Comune di Campiglia M.ma in qualità di Titolare del trattamento, all'utilizzazione dei dati forniti nel rispetto della vigente normativa e dichiara di essere informato che i dati personali raccolti, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

CHIEDE

Che le venga riconosciuto **l'assegno di maternità** ai sensi dell'art. 74 della Legge n. 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni, e del Regolamento del Ministro per la Solidarietà Sociale n. 452/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- ☐ di essere cittadino italiano e/o di uno stato appartenente all'Unione Europea.
- ☐ di essere cittadino extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno di lungo periodo rilasciato il

DICHIARA

- ☐ di non essere beneficiario per lo stesso evento di trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale;
- ☐ che il sottoscritto beneficia per lo stesso evento di trattamento previdenziale di maternità corrisposto da.....nella misura di €..... come da dichiarazione allegata;

DICHIARA

Di possedere un attestazione ISEE pari a euro..... rilasciata
il.....con n. protocollo.....

CHIEDE

Pagamento del beneficio mediante accredito su conto corrente bancario o postale con IBAN.....

[illegible]

.....i.....

IL DICHIARANTE