## **Al Sindaco del Comune di Gallipoli**

## **Oggetto: Domanda di assegno per maternità**

## **(66 della legge n.448/1998)**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia \_\_\_\_il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In Via / Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

# In qualità di madre padre affidatario adottante legale rappresentante

del /la bambino/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato | \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_|

### **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 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

 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 ISE 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;

CHIEDE che, in caso di assegnazione del contributo economico , il pagamento sia effettuato nel seguente modo :

accredito sul Libretto postale

accredito sul Conte corrente postale

accredito sul Conto corrente bancario

con le seguenti coordinate bancarie o postali:

|  |  |
| --- | --- |
| Istituto Bancario |  |
| Filiale |  |
| COORDINATE |  |
| Intestatario del conto |  |

Il/la sottoscritto ( nome e cognome )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara altresì che il C/C bancario, il libretto postale o Il C/C postale è:

intestato a nome della sottoscritta

contestato tra la persona richiedente l’assegno di maternità e il sig.( nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGA

* Fotocopia di un documento di identità valido (carta di identità, patente guida, passaporto);
* Fotocopia Attestazione ISEE;
* Fotocopia del titolo di soggiorno per richiedenti cittadini extracomunitari;
* In caso di separazione: copia della sentenza di separazione, anche se la madre non convive più con l’ex marito.

Ai sensi dell'Art.13 del Regolamento Europeo n° 679/2016, 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.

Gallipoli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità di presentazione della domanda :

* Consegna a mano all’Ufficio Protocollo del Comune di Gallipoli Via Pavia
* Tramite pec all’indirizzo servizi sociali.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it