

**DOMANDA DI CONCESSIONE: ASSEGNO DI MATERNITÀ ANNO 2022 (art. 66 L. 448/98 ss.mm.ii.)**

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

Residente ad ALBANO LAZIALE in VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

TEL/CELL. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

C.F. |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||

**CHIEDE**

Per il/i minore/i \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nato/i il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

o AFFIDATARIA (per bambini in affidamento preadottivo) o ADOTTANTE (per bambini in adozione senza affidamento) del bambino entrato nel nucleo familiare il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
o \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela in caso di RAGAZZA MINORENNE)

Che le sia concesso **l'ASSEGNO DI MATERNITÀ** previsto dall'art. 66 della Legge 23 Dicembre 1998, n. 448 e ss.mm.ii, a tal fine **DICHIARA**, ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, art. 46:

- Di aver prodotto Attestazione ISEE per l'anno 2022, e che tale attestazione risulta pari ad euro \_\_\_\_\_ (indicare il valore ISEE minorenni per l'accesso alle prestazioni agevolate rivolte ai minorenni che siano figli di genitori non coniugati tra loro e non conviventi)
- Di **NON** essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per lo stesso evento di maternità.
- Di **NON** poter far valere 3 mesi di contribuzione nel periodo che va dai 18 ai 9 mesi antecedenti al parto.
- Di essere beneficiaria di altro trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale, per lo stesso evento di maternità.  
L'interessata nel caso in cui sia beneficiaria di trattamenti previdenziali inferiori a quelli previsti dall'art 66 della L. 448/98 potrà richiedere la differenza, dichiarando quale somma le venga erogata ovvero presentando analoga dichiarazione dell'Ente erogatore, come da autocertificazione allegata alla presente domanda.
- Di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi della L. n. 15/68 e della L. n. 127/97, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
- Di essere consapevole che qualora, dai controlli effettuati dal Comune o dall'INPS, il richiedente risultasse aver beneficiato di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per lo stesso evento di maternità, la domanda verrà annullata d'Ufficio.
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs 196/03, i dati riportati nella presente domanda e nell'autocertificazione rimessa in allegato verranno utilizzati sia ai fini della presente istruttoria, sia su richiesta degli Enti Pubblici autorizzati.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**  
**autocertificazione, ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, art. 46**

IL/LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Residente ad ALBANO LAZIALE in VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che per l'evento di maternità del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ha percepito o sta percependo altra indennità di maternità:

per un importo LORDO totale pari ad € \_\_\_\_\_

ovvero

come da dichiarazione dell'Ente erogatore che si allega.

Si impegna inoltre a non richiedere all'Inps le indennità di cui sopra salvo la quota differenziale fra assegno di maternità comunale e assegno di maternità dello Stato, qualora ne ricorrono i presupposti

FIRMA

\_\_\_\_\_