AL COMUNE DI ALBANO LAZIALE
SETTORE III SERVIZIO II
SERVIZI SOCIALI
Via San Francesco, 10

DOMANDA DI CONCESSIONE: ASSEGNO DI MATERNITÀ ANNO 2023 (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.|___||___||___||___||___||___||___||___||___||___||___||___||___||___||___|

☐ IN QUALITA' DI **MADRE DEL BAMBINO** NATO IL _____/_____/_____;
Per il/i minore/i _____ _ _____;

☐ IN QUALITA' DI **AFFIDATARIA** (per bambini in affidamento preadottivo) o **ADOTTANTE** (per bambini in adozione senza affidamento) del bambino entrato nel nucleo familiare il giorno ____/_____/_____;

☐ IN QUALITA' DI **TUTORE** in caso di **MADRE MINORENNE** (in caso di TUTORE FAMILIARE indicare il grado di parentela) _____.

CHIEDE

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 2023, 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.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a questo Ente ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare.

CHIEDE INOLTRE

Che l'ASSEGNO DI MATERNITÀ, previsto dall'art. 66 della Legge 23 Dicembre 1998, n. 448 e ss.mm.ii, concesso venga accreditato sul conto corrente/libretto postale **INTESTATO ALLA STESSA**, di cui indica gli estremi

NOME E COGNOME INTESTATARIO DEL CONTO (DEVE ESSERE LO STESSO DEL RICHIEDENTE)

_____

Indicare se:

CONTO CORRENTE BANCARIO |__|

CONTO CORRENTE POSTALE |__|

LIBRETTO POSTALE |__|

NOME BANCA/POSTA _____

CODICE IBAN
(Scritto in stampatello leggibile o allegare copia del codice rilasciato dalla banca o dalla posta firmato dall'intestatario/richiedente)

|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Attenzione: Non è più possibile acquisire IBAN della Banca ING DIRECT N.V con ABI=03169.

Allega alla presente, PENA L'ARCHIVIAZIONE DELLA DOMANDA:

- fotocopia documento di identità/permesso di soggiorno CE/certificato di rifugiato politico o di protezione sussidiaria.
- COORDINATE CODICE IBAN del Conto Corrente/Libretto Postale sul quale accreditare l'assegno.

FIRMA

_____

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

_____