

DOMANDA DI CONCESSIONE: ASSEGNO DI MATERNITÀ (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

IN QUALITÀ DI MADRE DEL BAMBINO NATO 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 **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 dell 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.

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 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
