

**Amministrazione destinataria**

Comune di Monte di Procida

Ufficio destinatarioServizi Sociali, Politiche giovanili e
Associazionismo**Domanda di concessione dell'assegno di maternità****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

del minore

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

in qualità di**Ruolo**

- madre
 padre
 affidatario
 adottante
 legale rappresentante

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dall'art. 74 del D.Lgs 26/3/01 n.151

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di non ricevere alcun trattamento economico della maternità
- di essere beneficiario di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale trattamento economico

Ente che eroga trattamento economico	Importo	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a

Ente al quale è stata fatta la richiesta
<input type="text"/>

- di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto o all'ammontare delle prestazioni richieste
- di aver cessato lo svolgimento della prestazione lavorativa

Data cessazione	Datore di lavoro o lavoratore autonomo	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMUNICA

il conto corrente sul quale addebitare l'eventuale contributo

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto
<input type="text"/>

IBAN
<input type="text"/>

Codice BIC (swift) (se conto estero)
<input type="text"/>

Intestatario del conto corrente		
<input type="radio"/> il sottoscritto è intestatario del conto corrente		
<input type="radio"/> l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)
<input type="text"/>

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
- dichiarazione sostitutiva unica
- copia della sentenza di separazione
(in caso di separazione, anche se la madre non convive più con l'ex marito)
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Monte di Procida

Luogo

Data

il dichiarante