###  ***Spett. le Comune di Posada***

 Al Responsabile del Servizio Sociale

 Via Garibaldi n. 4

 08020 Posada

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a **Posada** in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. / Cell. n. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La concessione **dell’assegno di maternità** previsto dall’art. 74 del D.Lgs. 151/01.

Chiede inoltre che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite:

* Accredito sul C/C bancario IBAN:
* Accredito sul C/C postale IBAN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAESE | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |

Intestato a Istituto di credito

Agenzia

Ai fini della presenta domanda, consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui posso andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli art 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

1. di essere cittadina italiana e/o di uno stato appartenente all’Unione Europea;

 oppure:

 di essere cittadino straniero in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere beneficiaria di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore a quello previsto dalle norme vigenti per la concessione del beneficio;
2. di non essere beneficiaria per la stessa nascita, di altri trattamenti economici o previdenziali di maternità a carico dell’Inps o di altro ente;
3. di essere informata ai sensi del D.Lgs. n. 196/ 2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

 Allega alla presente domanda:

* Dichiarazione sostitutiva unica;
* Attestazione Isee in corso di validità;
* Fotocopia del documento di identità;
* Fotocopia carta di soggiorno del richiedente aggiornata o in corso di aggiornamento;
* Eventuale fotocopia della dichiarazione del datore di lavoro relativa all’importo percepito per maternità (nel caso in cui il richiedente abbia beneficiato di una indennità di maternità dal datore di lavoro inferiore all’ammontare complessivo del contributo richiesto );

La dichiarazione sostitutiva unica valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate ai sensi del D.Lgs. 31.03.1998, n. 109 come modificato dal D.Lgs. 03.05.2000, n. 130.

Posada, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **La sottoscritta**

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