

DOMANDA DI ASSEGNO PER MATERNITA'

Ai sensi dell'art. 66 Legge 448/98 e successive modifiche e integrazioni

ALL'UNIONE COMUNI DEL SORBARA

SERVIZIO SOCIALE E SOCIO SANITARIO

La sottoscritta Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

[illegible]

residente a _____ prov. ()

in via	n.	C.A.P.
--------	----	--------

tel. _____ mail _____

madre del/la bambina/o

nato/a a _____ il _____

DICHIARA

- ☐ di essere cittadina italiana;
- ☐ di essere cittadina comunitaria;
- ☐ di essere cittadina extracomunitaria in possesso di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di **lungo periodo** (o di Carta di soggiorno rilasciata prima del D.Lgs 3/07, carta di soggiorno familiare di cittadino dell'UE, carta di soggiorno permanente per i familiari di cittadino UE);
- ☐ di essere cittadina extracomunitaria titolare dello Status di Rifugiata Politica o comunque beneficiaria di Protezione Sussidiaria;
- ☐ di NON essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a;
- ☐ di ESSERE già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a, **inferiore all'assegno in oggetto** e precisamente per l'importo di euro _____;
- ☐ di aver già presentato la domanda di Assegno di maternità al Comune di _____ ma di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all'ammontare delle prestazioni richieste;
- ☐ di non avere superato la soglia ISEE di riferimento **per l'anno 2025**, di € 20.382,90;
- ☐ di essere in possesso di un'attestazione INPS-ISEE con numero di protocollo _____ sottoscritta in data _____;

CHIEDE

☐ Assegno di Maternità per intero, così come previsto dall'art. 66 della legge 23 dicembre 1998 n. 448 e successive modificazioni e integrazioni

☐ La quota differenziale dell'assegno di maternità (scegliere questa opzione se l'indennità percepita per i cinque mesi di astensione obbligatoria non supera l'importo dell'Assegno di Maternità)

Qualora venga concesso il beneficio economico richiesto, chiede che il pagamento avvenga a mezzo:

☐ Bonifico su conto corrente bancario/postale intestato a _____

CODICE IBAN[illegible]☐ Bonifico su libretto postale intestato a _____**CODICE IBAN**[illegible]

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente e per iscritto all'Unione Comuni del Sorbara ogni eventuale successiva variazione di residenza; l'Unione Comuni del Sorbara sarà esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario/a.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità amministrative e penali che assume ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 e successive modificazioni e integrazioni, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che tutte le informazioni riportate nella seguente domanda corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196, come pubblicata sul sito Web dell'Unione Comuni del Sorbara, sezione regolamenti.

Allega i seguenti documenti

☐ Carta di Identità in corso di validità

☐ Fotocopia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

☐ Fotocopia del permesso o carta di soggiorno di familiare di cittadino UE, carta di soggiorno permanente per i familiari di cittadino UE; permesso di soggiorno attestante lo Status di Rifugiata Politica o comunque beneficiaria di Protezione Sussidiaria;

☐ Fotocopia della ricevuta di avvenuta richiesta alla Questura dei documenti di cui sopra e copia del precedente permesso

Luogo e data _____

Firma leggibile

Timbro e firma dell'incaricato che riceve la domanda