***Al* COMUNE DI OLBIA**

***Settore Servizi alla Persona***

***Via Dante, 1***

***07026 Olbia***

**Oggetto: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL’ ASSEGNO DI MATERNITÀ.**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

madre del/la bambino/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 “Testo Unico sulla documentazione amministrativa” e consapevole, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, delle sanzioni previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dai benefici conseguiti, in base all’art.75 del DPR 445/2000,

**C H I E D E**

(barrare la voce che interessa)

□ la concessione dell’assegno di maternità, così come previsto dall’art. 74 del Decreto Legislativo n. 151/2001 successive modificazioni e integrazioni;

□ la concessione della quota differenziale tra il trattamento economico richiesto con il presente modulo e quello eventualmente percepito allo stesso titolo dall’ente previdenziale o dal datore di lavoro (solo se in misura inferiore) corrispondente a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**E**

**D I C H I A R A**

(barrare la voce che interessa)

sotto la propria responsabilità

□ di essere cittadina italiana;

□ di essere cittadina dell’Unione Europea;

□ di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di carta di soggiorno (o Permesso di soggiorno CE per cittadini extracomunitari soggiornanti di lungo periodo) per sé e per il/la figlio/a;

 □ che il minore è stato adottato senza affidamento dal \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data del decreto);

□ che il minore è in affidamento preadottivo dal \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data decreto);

□ di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell’INPS, del datore di lavoro o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a;

□ di non avere fatto richiesta di fruizione dell’assegno di maternità erogato dall’I.N.P.S. in base all’art. 75 del Decreto Legislativo n .151/2001;

□ che il valore dell’attestazione ISEE del nucleo familiare è di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; che il valore della scala di equivalenza è\_\_\_\_\_\_; che l’Attestazione ISEE rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

□ che ai fini del rilascio dell’attestazione ISEE è stata presentata - in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) \*;

 □ che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO | Cognome e nome | Codice fiscale | Data di nascita | Rapporto di parentela |
| D |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*(Il Responsabile del procedimento provvederà alla verifica d’ufficio presso le Banche dati custodite dalle Pubbliche Amministrazioni interessate in merito delle dichiarazioni rese) .

**Allega i seguenti documenti:**

1. fotocopia di un documento d’identità valido;
2. fotocopia carta di soggiorno (o del Permesso di soggiorno CE per cittadini extracomunitari soggiornanti di lungo periodo) *ovvero* fotocopia della ricevuta di avvenuta richiesta di rilascio della carta di soggiorno, con l’impegno di presentare il documento definitivo non appena rilasciato dalla Questura, anche oltre i sei mesi successivi alla data di nascita.

**Comunica di volersi avvalere della seguente modalità di pagamento:**

* Bonifico bancario
* Libretto postale

IBAN [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

La sottoscritta dichiara, altresì, di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modifiche che interverranno nella composizione del proprio nucleo familiare, nella situazione economica o patrimoniale che comportino un cambiamento nella propria posizione ai fini del diritto all’assegno.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma*

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

 **N.B. La domanda deve essere compilata in ogni sua parte in stampatello e firmata per esteso dell’interessato .**

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei DatiI dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.Olbia li Firma per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Modulo messo a disposizione dal Comune di Olbia – Settore Servizi alla Persona . Art. 57 CAD. Servizio Igiene e Sanità Tel: 0789 52055