

DOMANDA ASSEGNO MATERNITA'

Il /la sottoscritto /a _____ nat _____ a _____

il _____ codice fiscale _____, e residente in Castel Bolognese

in Via _____ n. _____ Tel. _____

CHIEDE

in qualità di madre

che al mio nucleo familiare venga concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 66 della Legge 448 / 98 per **l'anno 2021**

DICHIARA

ai sensi del D. Lgs. n. 445 / 2000

1) di avere

- cittadinanza italiana;
- cittadinanza di uno Stato della Comunità Europea;
- cittadinanza di uno Stato Extra UE e possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- cittadinanza di uno dei seguenti Paesi: Marocco, Tunisia, Algeria e Turchia, purchè in possesso di permesso di soggiorno valido, che non sia per studio o cure mediche;

2) che dal giorno ____ / ____ / _____ nel mio nucleo familiare anagrafico è nato n. ____ figlio/i, figli mio/miei o ricevuti in affidamento preadottivo;

3) che nessuno di loro è dato in affidamento presso terzi ai sensi della Legge 184 / 83 art. 2;

4) che per l'anno in corso non è stato richiesto o percepito il medesimo contributo;

5) di non essere beneficiario di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita (l'interessata, nel caso in cui è beneficiaria di trattamenti previdenziali inferiori a quelli previsti dall'art. 66 della Legge n. 448/1998, dovrà richiedere la differenza, dichiarando quale somma le viene erogata ovvero presentando analogha dichiarazione all'ente erogatore);

6) di essere consapevole che chi rende dichiarazioni mendaci ne è responsabile penalmente ai sensi del D. Lgs. 445 / 2000;

Allega alla presente domanda:

- certificazione ISEE del nucleo familiare con indicazione dei redditi relativi all'ultima dichiarazione formalmente presentata;
- copia del documento di identità.

Qualora l'assegno venga concesso, chiede che il relativo importo venga pagato con bonifico bancario come di seguito specificato:

Tipo Pagamento	Codice Nazionale 2 lettere	Chek Digit 2 cifre	CIN 1 Lettera	A.B.I. 5 cifre	C.A.B. 5 cifre	Numero Conto 12 caratteri (numeri e lettere maiuscole)
BONIFICO						

Trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto puntuali informazioni circa il procedimento amministrativo oggetto della presente richiesta e di averne compreso le finalità e le modalità di trattamento, ed in particolare che

- il titolare del trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) è l'Unione della Romagna Faentina,
- i dati forniti sono necessari all'istruttoria del procedimento per ottenere quanto richiesto e saranno trattati con strumenti informatici ovvero cartacei,
- i dati forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e della normativa che si applica alla Pubblica Amministrazione Italiana.

Data _____

Firma _____