

AL SETTORE SOCIALE Ufficio Servizi Sociali SPINEA

DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITÀ 2026

(ai sensi della legge 448/1998 art.66 e successive modificazioni – art. 74 D.Lgs. 151/2001)

La sottoscritta **COGNOME** _____ **NOME** _____
nato/a _____ il ____ / ____ / ____
residente a **SPINEA** in Via _____ n° _____ cap.30038
C.F. L L L L L L L L L L L L L L L L

**Per qualsiasi comunicazione relativa al procedimento è necessario indicare i seguenti recapiti:
telefono indirizzo e mail**

CHIEDE

- ✓ che Le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 74 del D.lgs 151/2001

in misura piena per quota differenziale

✓ che, in caso di concessione dell'assegno, la somma sia corrisposta con la seguente modalità di pagamento (la

bonifico bancario libretto postale

Valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00 e delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci.

DICHIARA sotto la propria personale responsabilità

e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci

- ✓ di essere cittadina italiana comunitaria

✓ di essere cittadina extracomunitaria con permesso di lunga durata rifugiata politica

di essere madre di n. ____ bambino/i nato/i a _____ il _____

di **non aver beneficiato di alcun trattamento economico o previdenziale di maternità** erogata dall'INPS o altro Ente Previdenziale per la stessa nascita/adozione

di **aver ricevuto a titolo di trattamento previdenziale di maternità** a carico dell'INPS o del Datore di Lavoro un importo pari a € _____

di non aver richiesto né richiederà questa prestazione (per lo stesso minore) ad altro Comune

- di essere in possesso dell'**Attestazione ISEE** rilasciata il ____/____/____ con **Valore ISEE €_____**
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà eseguire opportuni controlli e al contempo negare il beneficio o comunque revocarlo se già precedentemente concesso

ALLEGÀ

- Certificazione I.S.E.E. (D.P.C.M. n. 159/2013 e Decreto del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 7/11/2014) delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare
- Se cittadina straniera copia della Carta di Soggiorno ex art. 9 del D.Lgs 286/1998 della stessa e del minore (se non è nato in Italia)
- Copia della Carta d'identità
- Copia Mod. attestazione per prestazioni

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, dichiara di essere informato: a) sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Spinea secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa; b) che il titolare della banca dati è il Comune di Spinea.

Data ____/____/____

_____.

FIRMA

ATTESTAZIONE PER PAGAMENTO PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEL REDDITO

IL/La sottoscritto/a

COGNOME **NOME**

nato/a _____ il ___ / ___ / ___

residente a **SPINEA** in Via _____ n° _____ cap.30038

C.F. L L L L L L L L L L L L L L L L

Poiché ho chiesto la seguente prestazione

Chiedo il pagamento con

- ✓ Bonifico domiciliato presso l’Ufficio Postale
 - ✓ Conto corrente bancario o postale – libretto postale –carta di pagamento dotata di IBAN

Presso: Banca/Posta Agenzia

Città

- ✓ **Sul mio conto corrente nominativo – codice IBAN**

Data/firma funzionario

timbro Banca/Poste

- ✓ **Sul mio libretto postale – codice IBAN**

Data/firma funzionario

timbro Poste

- ✓ Su Carta prepagata n. **– codice IBAN**

Data/firma funzionario

timbro Banca/Poste

DICHIARO che l'IBAN indicato è a me intestato

Data

Firma