**AL COMUNE DI GAGLIANO DEL CAPO**

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

 P.tta del Gesù

 73034 - GAGLIANO DEL CAPO (LE)

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO**: | **RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITÀ****(ART. 74, D.LGS. N. 151/2001)** |

La sottoscritta ......................................................................................................................................................

nata a ........................................................................................................ il ......................................................

C.F. .............................................................................. tel. ................................................................................

**In qualità di madre/adottante/affidataria del/della bambino/a**

................................................................................ (nome e cognome)

nato/a a ................................................................................................ il ..........................................

**oppure** entrato/a in famiglia dal ........................................................

**CHIEDE**

che le sia concesso **l’assegno di MATERNITÀ** previsto dall’art. 74 del D.Lgs. n. 151/2001 ed a tal fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere residente nel Comune di GAGLIANO DEL CAPO in via/piazza ………………………………………….…………………………… n. ………...……………………
2. di essere:

[ ]  cittadina italiana;

[ ]  cittadina di uno Stato appartenente all’Unione Europea;

[ ]  cittadina di uno Stato non appartenente all’Unione europea, in possesso di carta di soggiorno;

c) [ ]  di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell’I.N.P.S. o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita

OPPURE

[ ]  di essere beneficiaria di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore a quello previsto dalle norme vigenti per la concessione del beneficio per un importo complessivo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. che la propria situazione economica equivalente (I.S.E.E) determinata ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013 e successive modificazioni è la seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che quindi risulta inferiore a quella determinata dall’I.N.P.S. per l’anno cui la presente istanza si riferisce;
2. di non avere presentato, per il medesimo evento, domanda per l’assegno di maternità a carico dello Stato previsto dall’art. 75 del D.Lgs. n. 151/2001;

Infine, richiede che l’assegno di maternità venga corrisposto nel seguente modo:

❑ conto corrente bancario/postale

❑ libretto postale (identificato dal codice iban)

**CODICE IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il conto corrente bancario/postale o libretto postale DEVE essere a Lei intestato o cointestato

lì, ........................................

 Firma della richiedente

..........................................................................

**Allegati**:

[ ]  copia I.S.E.E.;

[ ]  fotocopia del documento di identità;

[ ]  per le straniere, copia della carta di soggiorno (o ricevuta di rinnovo).