COMUNE DI COLLAZZONE
Ufficio Protocollo
Piazza Jacopone n.6
06050 Collazzone (PG)

DOMANDA PER CONCESSIONE DI ASSEGNO DI MATERNITA'

(art. 66, Legge 23/12/1998, n. 448 e successive modificazioni)

La sottoscritta _____
(cognome) (nome)

nata a _____ (Prov._____) il _____

e residente a _____ (Prov. _____) in _____ n. _____

c.a.p. (è necessaria l'indicazione corretta) _____Telefono (facoltativo) _____

in qualità di madre del/i minore/i _____

nato/a a _____il _____

CHIEDE

⇒ La concessione dell'assegno di **maternità**;
⇒ A tal fine allega l'attestazione del valore **ISE**, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (decreto legislativo 31marzo 1998, n.109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130);

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 26 com. 1° della Legge 15/1968 e dell'art. 11 com. 3° del D.P.R. 403/1998, in caso di dichiarazioni false, e consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 438, 495 e 640 del Codice Penale, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

⇒ di non aver presentato domanda presso altri comuni;
⇒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune Collazzone ogni evento che determini la variazione dei dati relativi al nucleo familiare;
⇒ di autorizzare il trattamento e la comunicazione dei dati personali contenuti nella presente domanda di concessione, ai sensi dell' art. 66, Legge 23/12/1998 n. 448 e del D.lgs. n. 196/2003, artt. 7-8-9-10
⇒ che i valori indicati nell'attestazione allegata sono pari a:

ISE =	scala di equivalenza =	ISEE =

(per quanto segue, barrare solo la situazione corrispondente a quella effettiva)

- ☐ di essere cittadina italiana o comunitaria ai sensi della L.488/99 art.49 comma 12;
- ☐ di essere cittadina straniera, titolare di **Carta di soggiorno (ovvero permesso quinquennale) o dello status di rifugiata politica**, ai sensi della L.488/99 art.49 comma 12, e a tal fine ne allega copia;
- ☐ **di non aver presentato** alcuna richiesta all'INPS (o ad altro ente previdenziale) per l'ottenimento del trattamento previdenziale di maternità;
- ☐ **di essere beneficiaria** di trattamento previdenziale di maternità erogata dall'ente _____ per l'importo complessivo pari a € _____

(luogo e data) _____ FIRMA _____

A seguito del D.L. 201/2011, il pagamento di importi superiori a € 1.000,00 sarà effettuato solo tramite bonifico su c/c bancario o postale, di cui la richiedente deve essere titolare :

INDICARE PER ESTESO LE COORDINATE RICHIESTE RISPETTANDO GLI SPAZI DI COMPILAZIONE

IBAN	IT																							