

Spett.le **Comune di Pomarance**  
Settore Affari Generali  
Piazza S. Anna n.1  
56045 Pomarance

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA' AI SENSI DELLA LEGGE N.448 DEL 23/12/1998 e ss.mm.ii.

Il /La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Telenono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di:

- madre                       padre (1)                       Tutore con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_
- Adottante con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_  Altro (specificare) \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_
- affidatario/a preadottivo/a con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_

Del/la bambino/a (nome cognome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CHIEDE

Di fruire dell'erogazione dell'**ASSEGNO di MATERNITA'** ai sensi della legge n.448 del 23/12/1998 e ss.mm.ii.  
**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt.75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

- o Di non ricevere alcun trattamento economico di maternità;
- o Di essere beneficiario/a di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale trattamento è erogato da \_\_\_\_\_ per l'importo di € \_\_\_\_\_
- o Di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a \_\_\_\_\_ e di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all'ammontare delle prestazioni richieste;
- o Di aver cessato lo svolgimento della prestazione lavorativa in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ datore di lavoro o lavoratore autonomo \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

**Chiede che**, in caso di accoglimento della presente richiesta chiede che il contributo venga accreditato tramite:

- accredito sul C/C Bancario**
- accredito sul C/C Postale**
- accredito sul Libretto Postale**

Con le seguenti coordinate bancarie:

Istituto bancario														
Filiale														
<b>COORDINATE (IBAN)</b>														
Id. Paese		Cin	Codice ABI				Codice CAB				Numero conto corrente			
Intestatario conto														

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dichiara  
 Altresì che il c/c bancario, il libretto postale o il c/c postale è:

intestato a nome del sottoscritto/a

cointestato tra la persona richiedente l'assegno maternità e il sig. (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritta/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

#### Allega

- Fotocopia di un documento di identità valido
- Attestazione Ise comprensiva di Dichiarazione Sostitutiva Unica relativa ai redditi dell'anno precedente alla nascita della bambina/o (ai sensi dell'art.3 del Decreto n.337/2001 del Ministero della Solidarietà Sociale);
- Per i cittadini extracomunitari, fotocopia della carta o del permesso di soggiorno di lungo periodo CE

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di esclusione dal beneficio

(1) In caso di abbandono da parte della madre o affidamento esclusivo al padre