

	Amministrazione destinataria Comune di Ragogna Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
--	---	--

Domanda di concessione dell'assegno di maternità

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno
										<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

in qualità di madre del minore										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno
										<input type="checkbox"/>

CHIEDE

che le sia concesso l'assegno di maternità.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

- di non avere presentato, per il medesimo evento, la domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato previsto dall'articolo 75 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n. 151
- di essere cittadino

<input type="radio"/>	italiano o comunitario
<input type="radio"/>	extracomunitario in possesso di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
<input type="radio"/>	extracomunitario in possesso della carta di soggiorno di familiare di cittadino comunitario
<input type="radio"/>	extracomunitario in possesso della carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro
<input type="radio"/>	extracomunitario in possesso dello status di rifugiato politico o equiparato

- che alla data di nascita del minore per cui si presenta domanda di contributo, il richiedente era residente in Italia

DICHIARA INOLTRE

<input type="radio"/>	di non essere beneficiario di retribuzione e trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la stessa nascita
<input type="radio"/>	di essere beneficiario di retribuzione o di trattamenti previdenziali di maternità
	Importo
	€
	Ente erogatore

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario conto corrente

 il sottoscritto è l'intestatario del conto corrente l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)* copia del permesso di soggiorno*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)* copia dell'attestazione ISEE copia del documento di identità*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)* altri allegati (specificare)**Informativa sul trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il dichiarante