



COMUNE DI MARCALLO CON CASONE

Città Metropolitana di Milano

RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNO DI MATERNITA'

Scadenza presentazione domanda : 6 mesi a decorrere dalla data del parto

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. 20010 città MARCALLO CON CASONE provincia MILANO _____

CODICE FISCALE _____

Recapiti telefonici _____

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità a decorrere dalla data:

del parto avvenuta il _____

di affidamento preadottivo _____

di adozione senza affidamento _____ relative a minori regolarmente soggiornanti e residenti nel territorio dello Stato.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e dell'informativa prevista ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, quanto segue:

- di presentare la presente richiesta in qualità di:

madre, affidataria, adottante *oppure*

padre (nel caso di abbandono del figlio da parte della madre o di affidamento esclusivo del figlio al padre, a condizione che la madre risulti regolarmente soggiornante e residente nel territorio dello Stato al momento del parto e che il figlio sia stato riconosciuto dal padre, si trovi presso la famiglia anagrafica di lui e sia soggetto alla sua potestà e comunque non sia in affidamento presso terzi);

affidatario preadottivo o adottante senza affidamento (nel caso in cui l'assegno non sia già stato concesso alla moglie affidataria preadottiva e che il richiedente abbia il minore in affidamento presso la propria famiglia anagrafica).

adottante non coniugato (nel caso di adozione pronunciata solo nei suoi confronti a condizione che il minore si trovi presso la famiglia anagrafica dell'adottante, sia soggetto alla potestà di lui e comunque non sia in affidamento presso terzi).

- Casi particolari:

decesso della madre del neonato

neonato non riconoscibile o non riconosciuto da alcuno dei genitori **specificare in qualità di**

DICHIARA INOLTRE

di essere cittadina/o: italiana/o comunitaria/o extracomunitaria/o in possesso della carta di soggiorno

di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di alto ente previdenziale per lo stesso evento;

di essere beneficiaria di indennità di maternità inferiore all'importo di euro 265,20 mensili (per figli nati, minori adottati o in affidamento preadottivo) corrisposta da parte dell'ente previdenziale _____ con sede in _____ più precisamente

per la somma mensile di euro _____

CHIEDE INOLTRE

che i pagamenti vengano effettuati sul conto corrente n. _____

attivo presso l'Istituto _____

IBAN _____

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni evento che dia luogo alla cessazione del diritto all'assegno (ad esempio: variazione del nucleo familiare, della situazione economica, ecc...).

ALLEGA:

Dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del nucleo familiare, predisposta su apposito modello, oppure attestazione ISEE rilasciata da altri soggetti pubblici o dai centri autorizzati di assistenza fiscale, CAAF.

Fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma _____

Note: La presente richiesta, protocollata dal competente ufficio comunale, costituisce l'avvio del procedimento, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 241/1990.