



COMUNE DI SALIZZOLE
(Provincia di Verona)

Riservato all'ufficio

→ compilare in stampatello ←

OGGETTO: Richiesta concessione **ASSEGNO DI MATERNITÀ DI BASE**
Art. 74 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151

**Al Comune di
SALIZZOLE**

LA SOTTOSCRITTA

COGNOME

NOME

--	--

LUOGO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA

--	--	--

CODICE FISCALE

RESIDENZA NEL COMUNE DI

--	--	--

INDIRIZZO DI RESIDENZA ANAGRAFICA

N°

C.A.P.

TELEFONO

--	--	--	--

→ CITTADINANZA:

- italiana comunitaria extracomunitaria con TITOLO DI SOGGIORNO
 rifugiato politico

→ IN QUALITÀ DI:

- madre affidataria preadottiva

CHIEDE

che le sia concesso l'assegno previsto dal decreto di cui in oggetto, per n° minori

nato/i il

adottato/i senza affidamento } ed inserito/i nella famiglia anagrafica dal
 in affidamento preadottivo }

DICHIARA

① che era anagraficamente residente in territorio italiano alla data dell'evento, qui sopra indicata;

② di non essere beneficiaria di alcuna tutela economica della maternità, per la stessa nascita / adozione / affidamento

di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali e/o economici di maternità obbligatoria inferiori a quelli previsti dalla legge in oggetto, per complessivi Euro

che presenterà / ha presentato in data richiesta per indennità / assegno di maternità (o simili) all'I.N.P.S. o altro soggetto competente (escluso questo Comune)

③ non ha richiesto né richiederà questa stessa prestazione (per lo stesso/gli stessi minore/i) ad altro Comune.

→ compilare in stampatello ←

ALLEGA

■ **Dichiarazione Sostitutiva Unica e certificazione I.S.E.E** (Decreto Legislativo n. 109 del 31/03/1998 e Decreto Legislativo n. 130 del 03/05/2000) delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare e inoltre:

- copia del **Titolo di Soggiorno** ex art. 9 del Dlgs 286/00 per me stessa
- copia del **titolo di viaggio**
- copia del **provvedimento di adozione senza affidamento o di affidamento preadottivo**

SI IMPEGNA

A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE L'ESITO DI OGNI EVENTUALE ALTRA RICHIESTA PER SOSTEGNO ECONOMICO ALLA MATERNITÀ E OGNI EVENTUALE VARIAZIONE NELLA COMPOSIZIONE E NELLA RESIDENZA DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

CHIEDE COME MODALITÀ DI PAGAMENTO

accredito su conto corrente:

CODICE IBAN																							
CODICE PAESE (due lettere)		CODICE CONTROLLO (due cifre)		CIN (una lettera)	ABI (cinque cifre)					CAB (cinque cifre)					CONTO CORRENTE (dodici caratteri)								

COMUNICA L'INDIRIZZO DI RECAPITO (se diverso da quello di residenza)

presso Sig./Sig.ra

.....

.....

.....

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ (D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritt_ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci, formano atti falsi o ne fanno uso, dichiaro che le notizie e/o gli atti da me forniti rispondono a verità.

Dichiaro inoltre, di aver preso visione dell'Informativa di questo Comune relativa alla protezione dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali):

- allegata al presente modulo di richiesta
- pubblicata sul sito Internet del Comune di _____
- esposta nelle Sedi comunali

Data _____

Firma _____