**Spettabile**

**Comune di Nule**

**via Roma, 1
07010 Nule (SS)**

**OGGETTO: Domanda Assegno di Maternità**

*(da presentare entro e non oltre sei mesi dalla data del parto)*

( Art. 74 Legge 26 marzo 2001 n. 151)

**ANNO *(anno di nascita figlio/a)***

La sottoscritta

………………………………………………………………………………………………………………………..

cittadinanza ………………………………………..…… nata a ……………..………………………….. Prov.(…….) il………………..…………..residente in Nule Via……………………….………………….….………………………n………….

Tel...…………………………………..e-mail……………………………………………………………..……………………………

in qualità di **madre** del/della bambino/a…………………………………………………………… nato/a il….…………….. a ……………………………………………………………………... data di adozione o affidamento preadottivo………………………………………….

**C H I E D E**

la concessione dell'Assegno di Maternità ai sensi dell’art. 74 Legge 26 marzo 2001 n. 151.

A tal fine, ai sensi del **D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47) sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 75 “decadenza benefici” e 76 “norme penali” D.P.R. 445/2000)**

**D I C H I A R A**

1. di essere a conoscenza e in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa in oggetto, che danno titolo alla concessione dell'assegno;
2. di **non** aver presentato, per lo stesso evento, la medesima domanda di assegno di maternità ad altri enti;

3. di *(barrare sotto la casella che interessa)*

* **NON** essere beneficiaria di trattamento previdenziale d'indennità di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) o di altro ente previdenziale per lo stesso evento;

***oppure in alternativa***

* **ESSERE** beneficiaria di trattamento previdenziale di indennità di maternità, con un importo mensile inferiore a quello dell'assegno suddetto perché pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5. di essere consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e dei D.lgs 109/1998 e 130/2000 e s.m.i.);

**C H I E D E**

che il pagamento venga effettuato tramite codice IBAN per accredito bancario/postale su sonto intestato all’istante

***(Riportare il codice in modo chiaro e leggibile)***

Si allega alla presente:

* 1. Fotocopia Attestazione I.S.E.E.+ DSU
	2. Fotocopia documento di identità in corso di validità

**CONSENSO AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Preso atto dell’informativa ai sensi del D.lgs. 196/03 allegata alla presente, io sottoscritta esprimo il mio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei miei dati personali e sensibili anche con strumenti informatici limitatamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Nule , lì

 Firma