



Amministrazione destinataria

Comune di Palestrina

Ufficio destinatario

Area EQ - SETTORE Servizi Sociali

Domanda di concessione dell' assegno di maternità

Il sottoscritto

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

in qualità di

Ruolo

<input type="radio"/>	madre		
<input type="radio"/>	padre		
<input type="radio"/>	adottante		
	Provvedimento numero	Tribunale di	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/>	affidatario preadottivo		
	Provvedimento numero	Tribunale di	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/>	tutore		
	Provvedimento numero	Tribunale di	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/>	altro (specificare)		
	Provvedimento numero	Tribunale di	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

del Minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di maternità ai sensi della Legge 23/12/1998, n. 448, art. 66.

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

<input type="radio"/>	di non essere beneficiario di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale o di altro ente previdenziale per lo stesso evento	
<input type="radio"/>	di essere beneficiario di una prestazione previdenziale per la maternità	
Totale di euro mensili	Numero di mensilità	Ente che eroga il servizio
€		

COMUNICA

che il pagamento della quota prevista potrà essere effettuato tramite bonifico bancario, sul seguente IBAN

Intestatario
IBAN

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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.

Palestrina		
Luogo	Data	Il dichiarante