



## COMUNE DI CAPRAIA E LIMITE

### Domanda per la richiesta dell'assegno di maternità

ai sensi dell'art.66 della legge 448/98

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sig./ la Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 DPR 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**IN QUALITA' DI MADRE**

**SE ALTRA PERSONA** vedi Allegato

**SE madre MINORENNE** vedi Quadro G

**CHIEDE**

**L'ASSEGNO DI MATERNITA'**

per numero.....minori

**DICHIARA :**

<b>QUADRO A</b>		<b>DATI RELATIVI AL/AI BAMBINO/I PER CUI SI RICHIEDE L'ASSEGNO</b>	
1. COGNOME/NOME _____	COD. FISCALE _____		
NATO IL _____	SESSO _____		
<input type="checkbox"/> FIGLIO NATURALE	<input type="checkbox"/> ADOTTIVO	<input type="checkbox"/> AFFIDATO	<input type="checkbox"/> ABBANDONATO dalla madre
2. COGNOME/NOME _____	COD. FISCALE _____		
NATO IL _____	SESSO _____		
<input type="checkbox"/> FIGLIO NATURALE	<input type="checkbox"/> ADOTTIVO	<input type="checkbox"/> AFFIDATO	<input type="checkbox"/> ABBANDONATO dalla madre

<b>QUADRO B</b>		<b>PER CITTADINI ITALIANI O COMUNITARI</b>	
La/il richiedente, cittadino italiano o comunitario era residente in Italia al momento della nascita del bambino o dell'ingresso in famiglia dell'adottato/affidato? .....	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	
Il bambino risiede o soggiorna regolarmente in Italia? .....	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	
Il bambino è convivente? .....	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	
La /il richiedente è legalmente separata/o ? .....	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	
Se Sì dichiarare il Comune dove è stato contratto il matrimonio _____			

QUADRO C	<b>PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI</b>	
La/il richiedente <b>cittadino extracomunitario</b> era residente in Italia al momento della nascita del bambino o dell'ingresso in famiglia dell'adottato/affidato? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La/Il richiedente <b>cittadino extracomunitario</b> , è attualmente in possesso di carta di soggiorno? .... indicare gli estremi della carta di soggiorno _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La/Il richiedente <b>cittadino extracomunitario</b> ha presentato <b>richiesta</b> per l'ottenimento della carta di soggiorno? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
indicare gli estremi di presentazione _____		
La/Il bambino, <b>cittadino extracomunitario</b> , è attualmente in possesso di carta di soggiorno?.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il bambino è convivente? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

QUADRO D	<b>LAVORO O TUTELA PREVIDENZIALE</b>	
La/il richiedente, al momento della nascita del bambino o dell'ingresso in famiglia, esercitava un'attività lavorativa? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La/il richiedente ha fatto richiesta di fruizione dell'assegno di maternità erogato dall'INPS in base all'art.49 comma 8, L.488/99? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La/il richiedente è beneficiario per lo stesso evento di prestazioni previdenziali o economiche di maternità a carico dell'Istituto per la Previdenza Sociale (INPS) o di altro ente previdenziale o del proprio datore di lavoro? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se la risposta è Sì compilare la parte sottostante Ente previdenziale/ Ragione Sociale del Datore di lavoro _____ Indirizzo _____ Tel. _____		
La somma complessivamente spettante o percepita è pari a .€ _____		

QUADRO E	<b>DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE</b>
<b>Richiedente adottante o affidatario:</b>	
<input type="checkbox"/> <u>adozioni o affidamenti nazionali</u> : dichiarazione relativa al provvedimento di adozione o affidamento(o fotocopia del provvedimento)	
<input type="checkbox"/> <u>adozioni o affidamenti internazionali (Legge 31/12/1998 n.476)</u> : fotocopia del certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o l'affidamento preadottivo da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi	
<b>Richiedente in caso di abbandono del figlio da parte della madre:</b>	
<input type="checkbox"/> Dichiarazione relativa all'abbandono del bambino da parte della madre, da cui risultino tutti i dati essenziali(data, autorità a cui è stata denunciata o che ha verificato l'abbandono,ecc...)	
<b>Richiedente extracomunitario</b>	
<input type="checkbox"/> Fotocopia della Carta di soggiorno o Richiesta della Carta di soggiorno	

- Libretto postale nominativo
- Carta di pagamento nominativa
- INPS CARD
- Accredito sul conto corrente bancario o postale solo se titolare o cointestatario

**Specificare IBAN**

\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara che l'Isee del proprio nucleo familiare, in corso di validità e riferito ai redditi anno \_\_\_\_\_, è uguale a € \_\_\_\_\_ attestazione di protocollo numero \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO DA UTILIZZARE PER INVIO COMUNICAZIONI (se diverso dalla residenza)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

**Il Dichiarante**

.....

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

Ai sensi dell'artico lo 13 del Decreto Legislativo 196/2003, Codice in materia di dati personali si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti da questo ente o comunque forniti allo stesso, finalizzato unicamente allo svolgimento dei seguenti compiti istituzionali:

**ASSEGNO MATERNITA'**

Il trattamento avverrà presso la sede del Comune, in Piazza 8 Marzo 1944, 9 50050 Limite s/Arno, con l'utilizzo di procedure informatizzate e anche senza l'ausilio di elaboratori, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza; i dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati nei limiti previsti da leggi o da regolamento; dei dati potranno venire a conoscenza i Responsabili degli Uffici nella loro qualità di responsabili del trattamento nonché i dipendenti e collaboratori anche esterni dell'ente quali incaricati del trattamento; il conferimento dei dati è in genere facoltativo; il comune segnala espressamente i casi in cui i dati devono obbligatoriamente essere conferiti; in tali casi i dati sono necessari per portare a termine le attività e i procedimenti amministrativi, la mancata o parziale indicazione degli stessi può comportare l'impossibilità di ottenere quanto richiesto; agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice e in particolare il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Le richieste per l'esercizio dei diritti possono essere inoltrate a Comune di Capraia e Limite te!. 0571/978122 fax 0571 979503 e-mail segreteria@comune.capraia-e-limite.fi.it