



COMUNE di ARDEA
Città Metropolitana di Roma Capitale

AL COMUNE DI ARDEA
AREA II – SERVIZIO I
Servizi Sociali
Via Laurentina, Km. 37.500 - 00040 Ardea (RM)
Email: uff.protocollo@comune.ardea.rm.it
Pec: uff.protocollo@pec.comune.ardea.rm.it

Richiesta di erogazione: ASSEGNO PER MATERNITA'

(ai sensi della legge 448/1998 art.65 e S.M.I.)

(da presentare entro SEI MESI dalla data della nascita)

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente ad Ardea, in Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____
(OBBLIGATORIO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI)

Codice
Fiscale

in qualità di: madre padre (1) affidatario adottante legale rappresentante (2)

del/la bambino/a _____ nato/a il _____
(cognome e nome)

del/la bambino/a _____ nato/a il _____
(cognome e nome)

CHIEDE

- la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dall'art. 74 del D.Lgs 26/3/01 n.151;
- in caso di assegnazione del contributo economico che il pagamento sia effettuato mediante:

accredito sul Conto corrente bancario o postale

accredito sul Libretto postale

con le seguenti coordinate **IBAN** (allegare copia Iban)

dichiara altresì che il libretto postale, il c/c postale o il c/c bancario è:

intestato alla sottoscritta; cointestato con sig./sig.ra _____;
(cognome e nome)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli art. 75 e art. 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a del seguente stato dell'Unione Europea: _____
(indicare lo Stato)
- di essere cittadina extracomunitaria in possesso di carta di soggiorno n° _____ data _____
- di essere cittadina extracomunitaria in possesso del **permesso di soggiorno CE di lungo periodo** (ex Carta di soggiorno) n° _____ rilasciato in data _____;

DICHIARA INOLTRE

- Di non essere** già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Inps o di altro Ente previdenziale per la nascita del/la proprio/a figlio/a _____ (Cognome e Nome);
- Di essere** già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Inps o di altro Ente Previdenziale pari all'importo mensile di €. _____ e comunque complessivamente inferiore all'importo dell'assegno, oggetto della presente istanza;

- Di avere presentato istanza** di prestazione previdenziale – economica di maternità presso il sotto indicato Ente ma di non aver ricevuto alla data odierna alcuna comunicazione in merito ENTE (3) _____;
- Di essere a conoscenza** che l'Amministrazione potrà eseguire gli opportuni controlli sulle autodichiarazioni effettuate;
- Di essere informato/a**, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

- ❖ Fotocopia di un documento di identità valido (Carta d'identità, Patente di guida, Passaporto);
- ❖ Fotocopia completa Dichiarazione Sostitutiva Unica + Attestazione ISEE (Decreto interministeriale del 07/11/14 – G.U. n.267 del 17/11/14 – Suppl. Ordinario n. 87) - **Ai fini dell'ISEE si sommano i redditi di entrambi i coniugi, anche se non risultano iscritti sullo stesso stato di famiglia anagrafico;**
- ❖ In caso di separazione: copia della sentenza di separazione.
- ❖ Per i cittadini extracomunitari, copia del **“PERMESSO DI SOGGIORNO CE per soggiornanti di lungo periodo”** (o “carta di soggiorno”), oppure copia della relativa richiesta, inoltrata alle autorità competenti (ricevute postali), fermo restando che il contributo economico potrà essere concesso solo dopo la presentazione del permesso di soggiorno CE;

Data _____

Firma leggibile

NOTE

- (1) In caso di abbandono da parte della madre o di affidamento esclusivo al padre.
 (2) Nel caso di incapacità di agire dell'avente diritto all'assegno.
 (3) Specificare l'Ente o il soggetto erogatore.

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE (SE MINORENNE)

Il/La sottoscritto/a _____ COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente ad Ardea, in Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____
 (OBBLIGATORIO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI)

Codice Fiscale _____