***AL COMUNE DI CAPPELLE SUL TAVO***

***UFFICIO SERVIZI SOCIALI***

**OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITÀ.**

**Art. 74 D.Lgs. 26/03/2001 n. 151**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a CAPPELLE SUL TAVO in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore e/o affidatario di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come risulta dall’apposita iscrizione all’anagrafe dei nuovi nati di codesto Comune, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, di formazione di atti falsi o di uso dei medesimi,

**C H I E D E**

ai sensi dell’art. 74 del D. Lgs. 151/01, che gli/le venga riconosciuto l’assegno per maternità.

Ai fini della presente domanda, consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’Art. 71 del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui posso andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazioni mendace o di informazioni di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

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

**di essere:**

□ residente a Cappelle sul Tavo in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ cittadino/a italiano/a

□ cittadino/a comunitario/a di uno stato appartenente all’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere cittadino/a appartenente a Pesi Terzi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo di cui all’art.9 del D.Lgs. 25 luglio 1998, n.286 e s.m.i.;
* Familiare di cittadini italiani, dell’Unione Europea o di cittadini soggiornanti di lungo periodo non aventi la cittadinanza di uno stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
* Rifugiato/a politico/a, i suoi familiari e superstiti;
* Cittadino/a lavoratore della Tunisia, Algeria, Marocco, e i suoi familiari;
* Titolare del permesso di soggiorno per casi speciali;
* Titolare di protezione sussidiaria;
* Titolare di permesso unico per lavoro o con autorizzazione al lavoro e i suoi familiari, ad eccezione delle categorie espressamente escluse dal D.lgs. 40/2014;
* Apolide, suoi familiari e superstiti

**Inoltre, dichiara**

□ di non percepire alcun trattamento previdenziale ed economico di maternità a carico dell’INPS o altro Ente previdenziale per la nascita del predetto figlio;

□ di beneficiare di trattamento previdenziale di maternità a carico dell’INPS o altro Ente previdenziale per la nascita del predetto figlio per un importo di Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili per n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_mensilità;

□ che i requisiti e gli stati precedentemente elencati, che danno titolo alla concessione dell’assegno, sono veritieri;

□ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini la cessazione del diritto all’attribuzione del beneficio.

Chiedo inoltre che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite:

 **□ Accredito su C/C Bancario n°  □ Accredito su C/C postale n°**

 

**PAESE CIN EUR CIN ABI CAB CONTO CORRENTE**

intestato a\* ……………………………………….……….. Istituto di Credito ……………………………………….

Ag. …………..………….……Via….…..…………………………….……n° ….…….. Comune …………………………….(….)

Nota\*: **Il C/C bancario o postale deve essere intestato al richiedente o cointestato.**

**ALLEGA:**

□ attestazione relativa all’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e dichiarazione sostitutiva unica

□ copia di un documento di riconoscimento

□ documento attestante il requisito della cittadinanza

□ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)***

*La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 per la protezione dei dati personali.*

*Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cappelle sul Tavo che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:*

*Telefono: 0854471217 Indirizzo PEC: cappellesultavo@pec.it*

*Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@sineinformatica.it*

*Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Cappelle sul Tavo per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 lettera e del Regolamento 2016/679).*

*I suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l’ente si avvarrà come responsabili del trattamento.*

*Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l’osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.*

*Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.*

*I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.*

.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_