|  |  |
| --- | --- |
| (protocollo) | AL COMUNE DI SANT’IPPOLITO  Ufficio Servizi Sociali  Sede  **DOMANDA DI ASSEGNO DI MATERNITÀ**  **art. 74 D.Lgs. 26/03/2001 n. 151**  **Anno 2020** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1/A | DATI DELLA/DEL RICHIEDENTE | |
| La/Il sottoscritta/o *[cognome, nome]* | | |
| nata/o il a | | |
| 1/B | | DATI ULTERIORI DI CONTATTO *[non obbligatori]* |
| indirizzo | | |
| telefono | | |
| email | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1/C | IN QUALITÀ DI |
| [ ] | madre |
| [ ] | affidatario preadottivo / adottante con provvedimento di affido / adozione del …...................... ... n. ….............. emesso da …........................................ …................................ …...............................................................  …............................................................................................................ di cui allega copia |
| [ ] | genitore che esercita la potestà parentale sulla madre minorenne *[cognome, nome] ….................................... …..................................* …........................................... nata il …................................................................ |
| [ ] | tutore/curatore della madre minorenne *[cognome, nome]* ..................................................................................  con provvedimento di tutela / curatela del ….................................... …............n. …...........................................  emesso da …............................................................................................ di cui allega copia |
| [ ] | altro *…................................................................................................................................... …....................*  *…....................................................................................................................................................................*  *…......................................................................................................................................................................* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1/D | DEL/I BAMBINO/A/I |
| *[cognome, nome] ….......................* ................................................................. …..........................*............................... nato/a/i il …............................................................................a………………………………………………………………* | |

C H I E D E

*[la domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla nascita o dall'ingresso del/i minore/i in famiglia]*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **l'Assegno di maternità di cui all'art. 74 D.Lgs. 151/2001** |

A tal fine, consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

D I C H I A R A

|  |  |
| --- | --- |
| 2 | RESIDENZA DEL NUCLEO FAMILIARE |
| La propria residenza in Italia alla data del parto e nel Comune di SANT’IPPOLITO alla data odierna, insieme al/alla/i nuovo/a/i nato/a/i o al momento dell'ingresso del minore nella famiglia anagrafica | |

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | CITTADINANZA |
| [ ] | Di essere cittadina italiana |
| [ ] | Di essere cittadina comunitaria, regolarmente soggiornante, in possesso di attestazione anagrafica di cui allega copia (art. 19 D.Lgs. 30/2007) |
| [ ] | Di essere cittadina di Paese Terzo, in possesso del seguente titolo di soggiorno ….....................................…........... ...................................................... di cui allega copia,  ovvero, di avere presentato domanda a …............................................... …............in data …...........................  del seguente titolo di soggiorno …....................................................................................................................  per la quale allega documentazione comprovante |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | REQUISITI ECONOMICI DEL NUCLEO FAMILIARE |
| Che la situazione economica del proprio nucleo familiare è contenuta nella certificazione ISEE così come calcolato e rilasciato del C.A.A.F. ................……………….in data ........................ per un importo di €………………………..; | |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | TUTELA ECONOMICA E PREVIDENZIALE – **Leggere attentamente** |
| [ ] | Di NON svolgere attività lavorativa e di NON essere beneficiaria per la stessa nascita/adozione di alcun trattamento previdenziale o economico di maternità a carico dell'INPS o di altro soggetto erogatore (art. 22, 66, 70, 74, 75 D.Lgs. 151/2001) |
| [ ] | Di essere beneficiaria per la stessa nascita/adozione di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno (€ 348,12 mensili) come da dichiarazione dell'INPS o di altro soggetto erogatore ovvero come da documentazione comprovante di cui allega copia |
| Di non aver richiesto né richiederà questa prestazione (per lo/gli stesso/i minore/i) ad altro Comune | |

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA |
| [ ] | Accredito su conto corrente bancario o postale o libretto postale a me intestato/cointestato o su carta prepagata ricaricabile **a me intestata** utilizzando il codice IBAN di cui allega copia (art. 12 D.L. 201/2011)  CODICE IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA:

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE – **Leggere attentamente** |
| a) che qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 (pene a carattere detentivo anche fino a 5 anni e multe);  b) che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni rese;  c) di tutte le norme e condizioni stabilite in materia, impegnandosi a produrre la documentazione che il Comune riterrà necessario acquisire in sede di accertamento tecnico e/o richiesta di esibizione documentale, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti;  d) che è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati. | |

A TAL FINE ALLEGA:

|  |  |
| --- | --- |
| 8/A | ALLEGATI OBBLIGATORI |
| [ ] Copia ISEE minorenni completa di certificazione DSU | |
| 8/B | ALLEGATI OBBLIGATORI SOTTO CONDIZIONE |
| [ ] | Copia del titolo di soggiorno |
| [ ] | Copia del documento di identità del richiedente *[qualora la firma non venga apposta in presenza dell'addetto a ricevere la domanda]* |
| [ ] | Copia delle coordinate bancarie – codice IBAN |
| [ ] | Copia del provvedimento di affido/adozione/tutela/curatela emesso dall'autorità competente |
| [ ] | Dichiarazione dell'INPS o del soggetto erogatore del trattamento previdenziale/economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno ovvero documentazione comprovante |
| [ ] | Copia della sentenza di separazione/divorzio in caso di genitori legalmente separati/divorziati |

|  |  |
| --- | --- |
| 9 | TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. 30/06/2003 n.196 – D.Lgs. 101/2018 **Leggere attentamente** |
| Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 - “Codice in materia di protezione dei dati personali” (di seguito denominato “Codice”) e del regolamento U. E. n. 679/2016, il Comune di SANT’IPPOLITO, in qualità di “Titolare” del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità, e finalità stabiliti. TITOLARE DEL TRATTAMENTO Il Titolare del Trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di Sant’IPPOLITO, con sede in Via Raffaello n° 104 , rappresentato dal Sindaco pro tempore Marco Marchetti Per ogni informazione può rivolgersi ai seguenti recapiti: Email: comune.santippolito@provincia.ps.it - PEC: comune.santippolito@emarche.it - Centralino: tel. 0721-728144 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio richiesto. I dati saranno conservati per gli adempimenti previsti dalle norme, con particolare riguardo agli obblighi di tenuta della documentazione e delle informazioni per la gestione amministrativa delle attività secondo quanto previsto dal Piano di conservazione documentale pubblicato con D.G.M. n. 447/2017. DIRITTI DELL'INTERESSATO Gli interessati possono esercitare i diritti previsti darti art. 15 e seguenti del citato Regolamento UE, ed in particolare: - l'accesso ai dati personali e alle informazioni previste dall'art. 15; - la rettifica dei dati personali inesatti; - tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione dei dati personali incompleti; - la cancellazione dei dati personali nei termini previsti dall'art. 17; - la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dall'art. 18, - l'opposizione al trattamento dei dati personali, in tutto o in parte, per motivi previsti dall'art .21. Non è applicabile al presente Trattamento l’istituto della portabilità dei dati previsto dall’art.20. I dati personali trattati non saranno utilizzati in processi decisionali automatizzati né per operazioni di profilazione. Ai sensi degli artt. 320, 357 e 424 CC il soggetto che esercita la rappresentanza del minore o della persona priva della capacità di agire è onerato della consegna della presente informativa in copia al soggetto interessato | |

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l’informativa che precede:

◻ Autorizzo ◻ Non autorizzo

Il trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie all'adempimento degli obblighi di legge e per la prestazione/ricezione di servizi.

◻ Autorizzo ◻ Non autorizzo

Il trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati o dati sensibili, purchè finalizzati alla prestazione di servizi oggetto del rapporto e sempre entro i termini di legge.

|  |  |
| --- | --- |
| 10 | FIRMA |
| Sant’Ippolito, ..............................................  ..........................................................................................................................................  [*firma per esteso leggibile*] | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 | RISERVATO ALL'UFFICIO | |
| COMUNE DI SANT’IPPOLITO  La/Il sig.ra/sig. …............................................................................................................................................................  identificata/o mediante …...............................................................................................................................................  rilasciato il … …........................... da ….........................................................................................................................  ha sottoscritto in mia presenza la domanda per l'assegno di maternità 2019.  Si comunica che il Responsabile del procedimento è la Sig.ra FIORELLI DONATELLA e che il procedimento si concluderà entro 30 giorni dalla data odierna. I tempi possono subire variazioni qualora si rendano necessarie integrazioni o ulteriori approfondimenti ai sensi di legge.  Sant’Ippolito, ..............................................  ..........................................................................................................................................  [*timbro e firma dell'addetto a ricevere la domanda*] | | |
| 12 | PER AVERE INFORMAZIONI |
| Comune di SANT’IPPOLITO - Settore Servizi Sociali - Telefono 0721/746289 - mercoledì mattina 9.00/12.00 www.comune.santippolito.pu.it nella sezione Servizi Sociali - Modulistica Area Servizi Sociali. | |