



COMUNE DI OTTAVIANO

Provincia di Napoli

SETTORE III – AFFARI SOCIALI

Al Comune di Ottaviano

Oggetto : ISTANZA ASSEGNO MATERNITA' 2016

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ Provincia _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
tel. _____
Codice Fiscale _____
in qualità di madre padre affidatario adottante legale rappresentante
del/la bambino/a (nome e cognome) _____
nato/a il _____

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dall'art. 74 del D.Lgs 26/3/01 n.151.

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

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Ottaviano;
- di essere cittadina italiana o comunitaria;
- di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di Carta di Soggiorno (art.9 D.lgs. 286/98) o Permesso C.E. rilasciata dalla questura di _____ (o carta di soggiorno rilasciata prima del D. lgs 3/07, carta di soggiorno di familiare di cittadino UE, carta di soggiorno permanente per i familiari di cittadino UE) ;
- di essere casalinga o disoccupata e di non aver beneficiato di alcuna forma di tutela economica della maternità dall'INPS o altro ente previdenziale ;

CHIEDE che, in caso di assegnazione del contributo economico, il pagamento sia effettuato nel seguente modo:

- accredito sul Libretto postale – Coordinate IBAN
- accredito sul Conto corrente postale
- accredito sul Conto corrente bancario

con le seguenti coordinate bancarie o postali da allegare :



COMUNE DI OTTAVIANO

Provincia di Napoli

SETTORE III – AFFARI SOCIALI

Istituto Bancario													
Filiale													
COORDINATE (IBAN)													
ID.PAESE	CIN	CODICE ABI			CODICE CAB			NUMERO CONTO CORRENTE					
Intestatario Conto													
L'IBAN è così composto: Identificativo paese (IT per l'Italia e 2 caratteri numerici), CIN (1 carattere alfabetico), ABI (5 caratteri numerici), CAB (5 caratteri numerici), N. Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici senza segni separatori o di interpunzione: barre, punti, etc.).													

La sottoscritta (nome e cognome) _____ dichiara

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

intestato a nome della sottoscritta

cointestato tra la persona richiedente l'Assegno maternità e il sig. (nome e cognome) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre 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 e codice fiscale (Carta d'identità, Patente di guida, Passaporto);
- Modello ISEE 2015 IN CORSO DI VALIDITÀ (comprensivo di Dichiarazione Sostitutiva Unica .
- Per i cittadini extracomunitari residenti sul territorio , fotocopia del PERMESSO C.E. (Ex. Carta di soggiorno ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs 286/98) o Carta di soggiorno di familiare di cittadino dell'Unione o Italiano della durata di cinque anni .
- In caso di separazione: copia della sentenza di separazione, anche se la madre non convive più con l'ex marito.
- Documento Coordinate IBAN, intestato alla madre del minore o cointestata, rilasciato da Istituto Bancario o Ufficio Postale altro.
- Autocertificazione dello stato di famiglia.
- Autocertificazione certificato di nascita del minore.

Data

Firma leggibile

N.B. L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, comma1, D.P.R. 445/2000).

NOTE: (1) Specificare l'Ente o il soggetto erogatore.