



COMUNE DI SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO

PROVINCIA DI BOLOGNA

VIA ROMA, 39 40048 - SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO

TEL. 0534/95026 FAX 0534/95595

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'ASSEGNO DI MATERNITÀ AI SENSI DELL'ART. 66 DELLA LEGGE 448/98

Il Sig./ la Sig.ra _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/____

Residente a San Benedetto Val di Sambro in Via _____ n. _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Telefono (facoltativo): _____ e-mail (facoltativa) _____

INQUALITÀ di

☐ madre ?

☐ padre

☐ affidatario/a preadottivo/a con provvedimento n. _____ del Tribunale di _____

☐ adottante con provvedimento n. _____ del Tribunale di _____

☐ Tutore con provvedimento n. _____ del Tribunale di _____

Di _____

(nome del/la bambino/a)

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 speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 del DPR 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

Di essere:

☐ cittadino/a italiano/a

☐ cittadino/a comunitario/a

☐ cittadino/a extracomunitario/a in possesso della carta di soggiorno

n. _____ rilasciata dalla Questura di _____
che il figlio o i figli sono nati o entrati nella propria famiglia anagrafica il: ____/____/____ e
che sono regolarmente soggiornanti nel territorio dello Stato (si ricorda che in caso di affidamento preadottivo o di adozione senza affidamento il beneficio può essere concesso se il minore non ha superato i 6 anni d'età, mentre in caso di affidamento o adozione internazionale non deve avere superato i 18 anni).



COMUNE DI SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO

PROVINCIA DI BOLOGNA

VIA ROMA, 39 40048 - SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO

TEL. 0534/95026 FAX 0534/95595

- ☐ Di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la stessa nascita.
- ☐ Di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'ente previdenziale _____ Pari a € _____ per la stessa Nascita.
- ☐ Di non essere beneficiaria dell'assegno di maternità concesso dall'INPS ai sensi dell'art. 49 comma 8 L. 488/99

E A TAL FINE CHIEDE

- ☐ L'assegno di maternità
- ☐ L'integrazione assegno di maternità

Chiede altresì che l'assegno concesso venga corrisposto tramite le seguenti modalità di pagamento:

- ☐ Assegno
- ☐ Accredito sul proprio conto corrente n. _____ della Banca _____
Con sede a _____ codice ABI _____ Codice CAB _____

Allega alla presente domanda la dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare.

San Benedetto Val di Sambro, li _____

Il dichiarante
