**COMUNE DI PACE DEL MELA**

Area4 Servizi al Cittadino Servizi Sociali

**OGGETTO: ISTANZA PER LA MATERNITA’ ANNO 2025.**

………l….….sottoscritt……………...…………………………………………………………………………………………nella qualità di (specificare il ruolo).................…………………………...................nat……. a …………………………..………………(………) il………………………………..……… residente nel Comune di Pace del Mela in Via ………………….……………………………………………………...………………….....nr…………

Tel. …………………………………………e-mail…………………………………………….………………….…....

**CHIEDE**

che gli/le venga concesso, per l’anno 2025, l’assegno di maternità previsto dall’art. 74 del D.Lgs. 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni **(*barrare la voce che interessa)*:**

* In misura piena
* In misura differenziata di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, **(*barrare la voce che interessa)*:**

* di essere cittadino/a italiano/a o di uno stato appartenente all’Unione Europea;
* di essere cittadino/a straniero/a in possesso di permesso di soggiorno;
* di essere (specificare il ruolo) ……………………………………………………………………. di n° \_\_\_\_\_\_bambin \_\_\_\_\_\_nato/i il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere affidatario/a preadottivo/a di n°\_\_\_\_ bambin\_\_\_ nato/i il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_entrat \_\_\_\_\_\_\_nella propria famiglia anagrafica il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere adottante senza affidamento di n° \_\_\_\_bambin\_\_\_\_ nato/i il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_entrat \_\_\_\_\_\_\_\_ nella propria famiglia anagrafica il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere beneficiario/a di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore a quello previsto dalle norme vigenti per la concessione del beneficio, come da dichiarazione del datore di lavoro allegata;
* di essere beneficiario/a di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell’INPS o altro Ente previdenziale per la stessa nascita;
* di non essere beneficiario/a per la stessa nascita di trattamenti economici di maternità ex art. 13, c.2, L 1204/71 e successive modificazioni, nonché di altri trattamenti economici di maternità corrisposti da datori di lavoro non tenuti al versamento dei contributi di maternità;
* di non aver fruito dell’assegno di maternità erogato dall’INPS in base alla L. 488/98

**ALLEGA alla presente i seguenti documenti:**

* dichiarazione sostitutiva unica (DSU) in corso di validità e firmata dal dichiarante;
* modello ISEE in corso di validità;
* copia del documento d’identità e del codice fiscale in corso di validità;
* *(per le madri extracomunitarie, secondo i casi)*: fotocopia del permesso di soggiorno;
* copia del decreto del Tribunale;
* copia del Codice IBAN (conto corrente intestato o cointestato al richiedente):

(specificare) banca/posta ……………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pace del Mela, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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