



Città di Corbetta

Settore Servizi alla Persona

RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNO DI MATERNITA'

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo di Nascita _____ Data _____

Residente a Corbetta (MI) in via _____ n. _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo mail _____

Chiede la concessione dell'assegno di maternità a decorrere da:

° **data del parto** _____ ° **di affidamento preadottivo** _____

° **di adozione senza affidamento** _____ relativo a minori regolarmente soggiornanti e residenti nel territorio dello Stato.

DICHIARA, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e dell'informativa prevista ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 193/2003:

di presentare la presente richiesta in qualità di:

- **Madre, affidataria, adottante**
- **Padre** (nel caso di abbandono del figlio da parte della madre o di affidamento esclusivo del figlio al padre, a condizione che la madre risulti regolarmente soggiornante e residente nel territorio dello stato al momento del parto e che il figlio sia stato riconosciuto dal padre, si trovi presso la famiglia anagrafica di lui e si soggetto alla sua potestà e comunque non sia in affidamento presso terzi);
- **Affidatario preadottivo**
- **Adottante senza affidamento** (nel caso in cui l'assegno non sia già stato concesso alla moglie affidataria preadottiva e che il richiedente abbia il minore in affidamento presso la propria famiglia anagrafica):
- **Adottante non coniugato** (nel caso di adozione pronunciata solo nei suoi confronti a condizione che il minore si trovi presso la famiglia anagrafica dell'adottante, si soggetto alla potestà di lui e comunque non sia in affidamento presso terzi).



Città di Corbetta

Casi particolari:

- Decesso della madre del neonato;
- Neonato non riconoscibile o non riconosciuto da alcuno dei genitori

Specificare in qualità di _____

Di essere

° cittadina/o italiana/o

° cittadina/o comunitaria/o

° cittadina/o non comunitaria/o in possesso di uno dei seguenti permessi: Permesso di Soggiorno CE Unico per Lavoro, Permesso di soggiorno per motivi familiari (art. 19 D.Lgs. 30/2007), Permesso di Soggiorno CE per Lungosoggiornanti, Permesso di Soggiorno CE di Protezione Sussidiaria o titolare di Status di Rifugiato Politico

° **di non essere** beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per lo stesso evento;

° **di essere** beneficiaria di indennità di maternità inferiore all'importo previsto dall'art 74 del D.Lgs 26/03/2001, n. 151 per l'anno di acquisizione del diritto alla prestazione, per figli nati, minori adottati, o in affidamento preadottivo, corrisposta da parte dell'ente previdenziale _____ con sede in _____ per la somma mensile di € _____

CHIEDE che i pagamenti vengano effettuati tramite bonifico bancario al seguente IBAN

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni evento che dia luogo alla cessazione del diritto all'assegno (ad esempio: variazione del nucleo familiare, situazione economica, ecc.)

ALLEGA alla presente

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Fotocopia del documento di identità
- Fotocopia del permesso per cittadini non comunitari (vedi elenco sopra)

Data _____

Firma _____