Al signor Sindaco

del Comune di Fontanafredda

Io sottoscritta

| COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |
|---|---|---|
| | | |
| **INDIRIZZO DI RESIDENZA** | | |
| FONTANAFREDDA, in | | |

Tel: _____ e-mail: _____

**DICHIARO**

di essere:

- ❑ cittadina italiana
- ❑ cittadina di uno stato della Comunità Europea: _____
- ❑ cittadina non comunitaria, ma in possesso della "carta di soggiorno per i familiari del cittadino comunitario non aventi la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione europea"
- ❑ cittadina in possesso della "carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro" (artt.10 e 17 del D.Lgs. 6 febbraio 2007, n.30)
- ❑ cittadina straniera in possesso dello status di rifugiato politico (art.27 del D.Lgs.19 novembre 2007, n.251)
- ❑ altro: _____

di aver avuto un figlio meno di sei mesi fa e che per tale nascita (adozione):

- ❑ non essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale
- ❑ non percepire alcun trattamento di maternità da parte di un datore di lavoro
- ❑ ho percepito o percepirò trattamenti di maternità per euro _____

di essere attualmente:

- □ disoccupata
- □ lavoratrice dipendente
- □ lavoratrice autonome

□ di essere consapevole che chi rende dichiarazioni false ne è responsabile penalmente ai sensi del D.P.R. 445/2000

**CHIEDO**

di percepire l'assegno di maternità previsto Legge 448/98 per la nascita o l'adozione di:

| COGNOME E NOME DEL BAMBINO | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | DATA DI ADOZIONE O AFF. PREADOTTIVO |
|---|---|---|---|
| | | | |

che l'assegno di maternità sia accreditato sul mio Conto Corrente (intestato o cointestato al richiedente):

| Paese | Check | Cin | ABI | CAB | N. Conto Corrente |
|---|---|---|---|---|---|
| IT | \| | | \| \| \| \| | \| \| \| \| \| | \| \| \| \| \| \| \| \| \| \| |

ALLEGO INOLTRE ALLA PRESENTE:

- □ copia del documento di identità del dichiarante
- □ copia della carta/permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari)
- □ copia codice IBAN della richiedente
- □ copia attestazione ISEE in corso di validità
- □ altro: _____

Fontanafredda, lì____/_____/_____ Firma del richiedente: _____

**NOTA BENE:**

La domanda va presentata entro 6 mesi dalla nascita, l'affidamento preadottivo o l'adozione.