



# COMUNE DI MARIGLIANO

Città Metropolitana di Napoli

Servizi Sociali

## ISTANZA PER ASSEGNO DI MATERNITA' COMUNALE – Art. 74, D. Lgs. 151-2001

Il/la sottoscritto/a												
Nato/a a				il / /			residente in MARIGLIANO(NA)					
In via				n.								
Telefono fisso				Telefono Mobile (Obbligatorio)								
Codice fiscale												

### CHIEDE

- La concessione, **per l'anno 2025**, dell'assegno di maternità previsto dall'art. 74, del D. Lgs. 151-2001 e s.m.i.  
**oppure**
- La concessione dell'assegno di maternità previsto dall'art. 74, del D. Lgs. 151-2001 e s.m.i., **per l'anno 2025, per Quota Differenziale**, perché beneficiaria di altro trattamento previdenziale a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale (Indicare quale) \_\_\_\_\_, con ammontare già ricevuto pari a € \_\_\_\_\_, come dimostrato dalla documentazione a supporto allegata alla presente.
- Che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato con accredito su conto anche cointestato, come di seguito:
- Accredito su C/C Bancario       Accredito sul libretto postale       Accredito sul C/C postale

Indicare il numero IBAN (obbligatorio) \_\_\_\_\_

(È consigliabile allegare una copia fotostatica dell'IBAN stampato per evitare errori di trascrizione).

### DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole delle sanzioni civili e penali in cui incorre fornendo dichiarazioni false o mendaci,

- di essere residente nel Comune di Marigliano (NA) ed iscritto nella medesima Anagrafe dei cittadini residenti;
- di essere di cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o di uno Stato non aderente all'Unione Europea, ma con permesso di soggiorno o carta di soggiorno (ai sensi del D.lgs. 286/98, così come modificato dalla Legge 30/07/2002 n.189 e s.m.i.);
- di essere  genitore       genitore adottivo       affidatario      dei seguenti minori:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Adottato si/no

### DATI DELLA GENITRICE (MADRE) SE MINORENNE

Cognome: _____	Nome: _____
Comune o Stato estero di nascita _____	Data di nascita ____/____/____
Comune di residenza _____	
Indirizzo _____ C.A.P. _____	

- Di non essere beneficiario per la stessa nascita, di altri trattamenti previdenziali di Maternità a carico dell'I.N.P.S.
- Che non è stata presentata, per l'anno **2025** altra analoga istanza per il beneficio in parola
- Di essere consapevole che il contributo non potrà essere erogato se la domanda non sarà compilata in ogni sua parte e sottoscritta, e/o non sarà correttamente comunicato l'IBAN, e/o non sarà allegata la documentazione richiesta.

Si allega:

<input type="checkbox"/>	Fotocopia del documento di identità del richiedente	<input type="checkbox"/>	Fotocopia del codice IBAN del richiedente (raccomandato)
<input type="checkbox"/>	Attestato ISE/ISEE in corso di validità	<input type="checkbox"/>	Copia della sentenza di separazione (Se ne ricorre la necessità)
<input type="checkbox"/>	Copia della DSU - Dichiarazione Sostitutiva Unica	<input type="checkbox"/>	Fotocopia del codice fiscale

Marigliano, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili dichiarati, ai sensi della vigente normativa in materia (D.L. gs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679) ed è consapevole che gli stessi saranno utilizzati per le finalità collegate al presente beneficio, dal Comune di Marigliano e da terzi interessati alle attività.

Il domandante si impegna, altresì, a comunicare, con assoluta tempestività, una qualsivoglia variazione di quanto dichiarato e comunicato.

Marigliano, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_