



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

- SETTORE AA.GG. -

SERVIZI ANAGRAFICI E STATO CIVILE

Al Comune di San Marzano sul Sarno

alla c.a. dell'Ufficio Stato civile

DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITÀ

ex art. 74 Legge 26 marzo 2001 n. 151

(da presentare entro e non oltre 6 mesi dalla data del parto)

Data di nascita figlio/a: _____

Il/La sottoscritto/ _____

cittadinanza _____ nato/a a _____

il ___/___/_____ residente in San Marzano sul Sarno alla via _____

n. _____ recapito:

- telefonico _____

- email/pec _____

in qualità di:

MADRE

solo in casi particolari:

PADRE

ADOTTANTE

TUTORE

del/della bambino/a _____ nato/a il _____

a _____

[se del caso, data di adozione o affidamento preadottivo _____]

CHIEDE

la concessione dell'Assegno di Maternità ai sensi dell'art. 74 Legge 26 Marzo 2001 n. 151.

A tal fine ai sensi del D.P.R. 445/2000 (artt. 46 e 47) sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (di cui all'art. 75 "decadenza benefici" ed all'art. 76 "norme penali" del D.P.R. n. 445/2000)

COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

Piazza Umberto I n. 2, 84010 (SA)

Tel. Centralino (+39) 081.5188111 – Servizio Cimiteriali (+39) 081.5188265

protocollocomunedisanmarzanosulsarno@pec.ancitel.it

C.F. 80022740650



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

- SETTORE AA.GG. -

SERVIZI ANAGRAFICI E STATO CIVILE

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza ed in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa in oggetto, che danno titolo alla concessione dell'assegno che si chiede, avendone ricevuta idonea informazione;
- 2) che il figlio/a sopra indicate (se extracomunitari) e in regola con la vigente normativa relativa al permesso di soggiorno;
- 3) di **non** aver presentato, per lo stesso evento, la medesima domanda di assegno di maternità ad altri Enti;
- 4) di (*barrare sotto la casella interessa*)
 - NON ESSERE beneficiaria** di trattamento previdenziale d'indennità di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) a di altro Ente previdenziale per lo stesso evento;
 - ESSERE beneficiaria** di trattamento previdenziale d'indennità di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) a di altro Ente previdenziale, con un importo mensile inferiore a quello dell'assegno suddetto perché pari ad € _____
- 5) di essere (*barrare sotto la casella interessa*)
 - cittadino/a italiana o di uno Stato appartenente all'Unione Europea** (indicare lo Stato dell'Unione Europea: _____);
 - cittadino/a extracomunitaria in possesso del "permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo"** o in attesa del rilascio di tale permesso con richiesta inoltrata agli organi competenti entro sei mesi dalla data di nascita del figlio/a;
 - cittadino/a extracomunitaria in possesso della "carta di soggiorno per i familiari del cittadino comunitario"** (o italiano) di durata quinquennale o in attesa del rilascio di tale permesso;
 - cittadino/a extracomunitaria in possesso della "carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro"** (o italiano) di durata quinquennale o in attesa del rilascio di tale permesso;
 - cittadino/a extracomunitaria in possesso dello status di "rifugiato politico" o equiparato** (art. 27 del D. Lgs. 19 novembre 2007 n. 251);

