Al Comune di CAMPOFORMIDO
Servizio Assistenza sociale
Largo Municipio 9
33030 – CAMPOFORMIDO (UD)

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITÀ. DECRETO LEGISLATIVO 26 MARZO 2001, N. 151, ART. 74.

La sottoscritta (madre) _____ nata a _____

Prov. ____ il ____/____/_____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a CAMPOFORMIDO (UD) in via/piazza _____ n._____

tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

C H I E D E

- la concessione dell'assegno di maternità, ai sensi dell'art. 74 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, per la nascita di mi__ figli__ _____ nat __ il ____/____/_____ a _____ Prov. ____;

a tal fine, consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/00 ed inoltre consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

D I C H I A R A

a) di essere cittadina *(barrare con una crocetta il caso che ricorre)***:**

- ☐ italiana;
- ☐ comunitaria;
- ☐ extracomunitaria *(barrare con una crocetta il caso che ricorre)*:
  - ☐ in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno per lungo soggiornanti CE;
  - ☐ in possesso di permesso di soggiorno, familiare di cittadini italiani o comunitari;
  - ☐ in possesso del permesso unico per lavoro o con autorizzazione al lavoro (ad eccezione delle categorie espressamente escluse dal D.Lgs. 40/2014);
  - ☐ rifugiata politica, apolide o titolare della protezione sussidiaria;
  - ☐ in possesso di permesso di soggiorno e di potermi avvalere di quanto previsto negli accordi Euromediterranei (opzione prevista solo per cittadini lavoratori di nazionalità algerina, marocchina, tunisina e turca);

b) di essere madre del/la bambino/a _____ nato/a il _____/_____/_____,

c) che il valore dell'I.S.E.E. relativo al proprio nucleo familiare è pari a € _____, come risultante dall'allegata Attestazione della Situazione Economica Equivalente rilasciata in data ____/_____/_____ con il codice identificativo INPS-ISEE-_____-_____;

d) di **NON** aver presentato analoga domanda in altro Comune italiano;

e) di **NON** avere presentato, per il medesimo evento, domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato di cui all'art. 75 del D.Lgs. 151/2001 (assegno, questo, istituito dall'art. 49 della Legge n. 488/99;

f) ☐ di **non essere beneficiaria** di alcun trattamento economico per la maternità (indennità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale o a carico di datori di lavoro privati o pubblici);

☐ ***ovvero***, di essere beneficiaria di una indennità di maternità a carico dell'Ente _____,

per l'importo di € _____ (in tal caso l'assegno spetta per la quota differenziale).

g) di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare al Comune di residenza ogni evento che determini la variazione di quanto sopra dichiarato;

h) di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno utilizzati per finalità di rilevante interesse pubblico e che potranno essere trattati anche da altri Enti pubblici coinvolti nell'attività di erogazione dell'assegno in parola;

i) di aver preso visione ed aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 679/2016 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale;

j) di essere a conoscenza che il pagamento degli assegni eventualmente concessi, è effettuato dall'INPS

e chiede che il pagamento venga effettuato con accredito su conto corrente bancario *(intestato o cointestato al richiedente)*, codice IBAN:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(si raccomanda l'indicazione chiara e leggibile, al fine di evitare improprie assegnazioni)

Allega:

1) *Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;*
2) *Copia del permesso di soggiorno regolarmente rilasciata;*
3) *Copia attestazione I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica DSU*

Campoformido, lì _____ _____

Firma del richiedente

NOTE

L'istanza deve essere sottoscritta dalla madre e presentata al Comune di Campoformido **entro 6 mesi dalla nascita** del/la bambino/a per il quale si chiede l'assegno. Il nucleo familiare è composto dai componenti la famiglia anagrafica (stato di famiglia), nonché dai soggetti considerati a carico, ai fini IRPEF, del richiedente e di ciascuno dei componenti la famiglia anagrafica.

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE

Si attesta che l'istanza di cui sopra, contenente dichiarazioni sostitutive di certificazione e dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà:

☐ è stata sottoscritta in mia presenza all'atto dell'inoltro dall'interessato/a riconosciuto/a come tale in seguito dell'esibizione del seguente documento d'identità personale _____ rilasciato in data _____ da _____

☐ è stata sottoscritta in mia presenza all'atto dell'inoltro dall'interessato/a riconosciuto/a per conoscenza personale

☐ è stata inoltrata unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, che si acquisisce agli atti.

Campoformido _____

Il dipendente addetto a ricevere la documentazione _____

COMUNE DI CAMPOFORMIDO
SERVIZIO AMMINISTRATIVO SOCIALE
Largo del Municipio 9 33030 CAMPOFORMIDO
mail: serviziosociale@comune.campoformido.ud.it internet: www.comune.campoformido.ud.it
PEC: protocollo@pec.comune.campoformido.ud.it
orario di apertura al pubblico: venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00

ISTANZA DI RICHIESTA ASSEGNO DI MATERNITÀ. DECRETO LEGISLATIVO 26 MARZO 2001, N. 151, ART. 74

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTANTE

Firma del funzionario/incaricato ricevente _____ Data _____/_____/_____

Cognome e Nome del richiedente: _____

COMUNICAZIONE AVVIO DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e 8 della L. 241/1990 (successive modifiche ed integrazioni), la presente costituisce comunicazione di avvio del procedimento.

In relazione all'istanza in oggetto presentata a questo Comune in data ____/_____/_____ si comunica che:

1. l'avvio del procedimento è riferito alla data di presentazione dell'istanza;
2. il procedimento è di competenza del Servizio Sociale del Comune di Campoformido ed il Responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Area Demografica e Servizi Sociali, dott.ssa Emanuela Visentin;
3. l'oggetto del procedimento è il rilascio dell'assegno di maternità. Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, art. 74;
4. l'ufficio presso cui si può prendere visione ed estrarre copia degli atti è il Servizio Amministrativo Sociale del Comune di Campoformido;
5. Funzionario con potere sostitutivo: Segretario comunale;
6. i rimedi esperibili in caso di inerzia dell'Amministrazione sono il ricorso dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale per il Friuli Venezia Giulia;

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG UE N. 679/2016 REGOLAMENTO EUROPEO SULLA PRIVACY DI SEGUITO GDPR

- i dati raccolti sono trattati, con strumenti manuali, informatici e telematici, esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'assegno di maternità. Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, art. 74, ai sensi del Reg UE n. 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
- il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio del beneficio ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste impedirà di dare corso al procedimento;
- i dati raccolti potranno essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
- il Titolare del trattamento è il Comune di Campoformido, con sede in Largo Municipio, 9 – 33030 Campoformido (UD), nella persona del Sindaco Pro – Tempore;
- il Responsabile della protezione dei dati (RPD) è lo Studio Legale avv. Paolo Vincenzotto, domiciliato per la carica in Largo Municipio, 9 – 33030 Campoformido (UD);
- il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Demografica e Servizi Sociali, Largo Municipio, 9 – 33030 Campoformido, Tel.: +39 0432 653511, e-mail/pec: protocollo@pec.comune.campoformido.ud.it,
- gli incaricati del trattamento sono tutti i dipendenti del Comune di Campoformido addetti alle procedure necessarie per lo svolgimento dell'attività o procedimento amministrativo;
- i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 15 e 16 del GDPR e successive modifiche ed integrazioni (sinteticamente: ottenere informazioni, chiedere aggiornamenti/rettifiche/ integrazioni/cancellazioni/trasformazioni dei dati, nonché attestazioni, presentare reclamo);
- l'interessato potrà rivolgere, all'ufficio Servizi sociali del Comune di Campoformido con sede in Largo Municipio n. 9 – 33030 Campoformido (UD) – tel. 0432 / 653511-7 e-mail: protocollo@pec.comune.campoformido.ud.it, eventuali richieste di esercizio dei diritti di accesso di cui al punto precedente.

Responsabile del procedimento: dott.ssa Emanuela Visentin
Incaricato dell'istruttoria: sig. Emanuele Cociani