

AL SIG. SINDACO DEL

COMUNE DI CALATABIANO

**Oggetto: Richiesta assegno di maternità ai sensi del D.Lgs. n.
151/01 – art. 74 – anno _____.**

La sottoscritta _____
nato/a a _____ il _____ residente in Calatabiano
in Via _____, n° _____,
Tel _____ (obbligatorio)

Con la presente chiede:

la corresponsione dell'assegno di maternità previsto dalla legge in oggetto, per il/la figli_ :
cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____;

A tal fine allega:

- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.Lgs. n.109/98, come modificato dal D.Lgs. n.130/2000 ed ai sensi del D.P.C.M. 18 maggio 2001 certificazione ISEE;
- copia carta di identità;
- dichiarazione dei requisiti per accedere alla concessione dell'assegno;
- permesso di soggiorno CE con scadenza a tempo indeterminato;
- CODICE IBAN: _____
(c/c intestato al richiedente).

INFORMATIVA D.Lg.vo 196/03 (PRIVACY) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. La comunicazione e la diffusione ad Enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, telematici o informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione della Amministrazione presso la quale possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatoria. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso all'istanza da Lei avanzata .

Le rammento, infine , che Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dal **D.Lg.vo 196/03**.

Calatabiano, li _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – senza autentica di sottoscrizione)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. di _____
il ____/____/____ e residente a _____ Prov. di _____ in
via/piazza _____ n. _____.

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale (INPS) o di altro ente previdenziale per lo stesso evento.

Luogo e data

Firma leggibile

=====
=====

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto *oppure*
- sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell' art. 13 del Decreto legislativo n.196/03:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.