

AL SIG. SINDACO DEL

COMUNE DI CALATABIANO

**Oggetto: Richiesta assegno di maternità ai sensi del D.Lgs. n. 151/01 – art. 74 – anno 2012.**

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 figli\_ : cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

**A tal fine si allega:**

- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.Lgs. n.109/98, come modificato dal D.Lgs. n.130/2000 o 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.