



CITTÀ DI ALBIGNASEGO

PROVINCIA DI PADOVA

Via Milano n. 7 - 35020 Albignasego (PD) - Codice Fiscale n. 80008790281 - Partita IVA n. 00939330288
Centralino 049/8042211 - Fax 049/8625188
Email info@comune.albignasego.pd.it - Pec: albignasego.pd@cert.ip-veneto.net
Sito internet https://www.comune.albignasego.pd.it

AL VI SETTORE DEL COMUNE DI ALBIGNASEGO (PD)
"Servizi alla persona e alla famiglia"
Via Milano, 7
35020 Albignasego (PD)

DOMANDA DI ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta _____
nata il _____ a _____, C.F. _____
residente ad ALBIGNASEGO, in Via _____ n. _____
telefono 049/ _____ cell. _____ madre di _____
indirizzo e-mail (per eventuali comunicazioni) _____

CHIEDE

L'attribuzione dell' assegno di cui all'art. 66 "ASSEGNO DI MATERNITÀ" della legge 23/12/98 n. 448 e successive modifiche (art. 74 d.lgs. n. 151/2001).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- Di essere cittadina italiana;
- Di essere cittadina comunitaria;
- Di essere cittadina non comunitaria in possesso di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; o della carta di soggiorno per familiare di cittadino dell'Unione (o italiano) (circolare Inps n. 35/2010) o del permesso di soggiorno con scadenza il _____;
- che il proprio figlio è nato il giorno _____;
- di **non essere beneficiaria** dei trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS, o di altro Ente previdenziale per lo stesso evento;
- di **essere beneficiaria** di un trattamento di maternità a carico dell'INPS / altro ente _____ pari a complessive € _____ per lo stesso evento;

- di impegnarsi a **comunicare tempestivamente a codesto ufficio**, ogni evento che determini la **variazione** della famiglia anagrafica e della situazione economica;
- di avere un'attestazione Isee in corso di validità (il nucleo familiare dell'Isee deve includere il bambino per il quale si richiede il beneficio)



CITTÀ DI ALBIGNASEGO

PROVINCIA DI PADOVA

Via Milano n. 7 - 35020 Albignasego (PD) - Codice Fiscale n. 80008790281 - Partita IVA n. 00939330288
Centralino 049/8042211 - Fax 049/8625188
Email info@comune.albignasego.pd.it - Pec: albignasego.pd@cert.ip-veneto.net
Sito internet <https://www.comune.albignasego.pd.it>

Comunicazione ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i.: 1) Responsabile del procedimento: Ufficio Amministrativo Interventi Sociali Dott.ssa Stefania Lazzaretto Tel: 049/8042279; e-mail: stefania.lazzaretto@comune.albignasego.pd.it; pec: albignasego.pd@cert.ip-veneto.net; 2) Termine del procedimento: 60 giorni dalla data di protocollazione della domanda per la trasmissione dei dati all'Inps, il quale provvederà all'erogazione degli assegni agli aventi diritto.

LA DOMANDA SI PUO' CONSEGNARE PRESSO:

Sportello Unico per i Servizi al Cittadino - Comune di Albignasego Via Milano 7 Tel. 049 8042213 nei seguenti giorni ed orari: lunedì – mercoledì – venerdì- sabato 8,30 -13,00 martedì – giovedì 8,30 -17,30

Ufficio protocollo nei seguenti giorni ed orari: da lunedì a venerdì 10,00 -13,00 martedì e giovedì 16,00 - 17,30