|  |  |
| --- | --- |
| (protocollo) | AL SINDACO DEL COMUNE DI FOSSOMBRONE  **DOMANDA DI ASSEGNO DI MATERNITÀ**  **Anno 2022** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATI DELLA/DEL RICHIEDENTE | |
| La/Il sottoscritta/o *[cognome, nome]* | | |
| nata/o il a | | |
|  | | DATI ULTERIORI DI CONTATTO |
| indirizzo | | |
| telefono | | |
| email | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | IN QUALITÀ DI |
| [ ] | madre |
| [ ] | affidatario preadottivo / adottante con provvedimento di affido / adozione del …...................... ... n. ….............. emesso da …........................................ …................................ …...............................................................  …............................................................................................................ di cui allega copia |
| [ ] | genitore che esercita la potestà parentale sulla madre minorenne *[cognome, nome] ….................................... …..................................* …........................................... nata il …................................................................ |
| [ ] | tutore/curatore della madre minorenne *[cognome, nome]* ..................................................................................  con provvedimento di tutela / curatela del ….................................... …............n. …...........................................  emesso da …............................................................................................ di cui allega copia |
| [ ] | altro*…................................................................................................................................... …....................*  *…....................................................................................................................................................................*  *…......................................................................................................................................................................* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | DEL/I BAMBINO/A/I |
| *[cognome, nome] ….......................* ................................................................. …..........................*............................... nato/a/i il …............................................................................a………………………………………………………………* | |

C H I E D E

*[la domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla nascita o dall'ingresso del/i minore/i in famiglia]*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **La concessione dell’Assegno di maternità di cui all'art. 74 D.Lgs. 151/2001** |

A tal fine, consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

D I C H I A R A

|  |  |
| --- | --- |
|  | RESIDENZA DEL NUCLEO FAMILIARE |
| La propria residenza in Italia alla data del parto e nel Comune di Fossombrone alla data odierna, insieme al/alla/i nuovo/a/i nato/a/i o al momento dell'ingresso del minore nella famiglia anagrafica | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | CITTADINANZA |
| [ ] | Di essere cittadina italiana |
| [ ] | Di essere cittadina comunitaria, regolarmente soggiornante, in possesso di attestazione anagrafica di cui allega copia (art. 19 D.Lgs. 30/2007) |
| [ ] | Di essere cittadina di Paese Terzo, in possesso del seguente titolo di soggiorno ….....................................…........... ...................................................... di cui allega copia,  ovvero, di avere presentato domanda a …............................................... …............in data …...........................  del seguente titolo di soggiorno …....................................................................................................................  per la quale allega documentazione comprovante |

|  |  |
| --- | --- |
|  | REQUISITI ECONOMICI DEL NUCLEO FAMILIARE (dati obbligatori) |
| Che la situazione economica del proprio nucleo familiare è contenuta nella certificazione ISEE così come calcolato e rilasciato del C.A.A.F. ................……………….in data ........................ per un importo di €………………………..; | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | TUTELA ECONOMICA E PREVIDENZIALE – **Leggere attentamente** |
| [ ] | Di NON svolgere attività lavorativa e di NON essere beneficiaria per la stessa nascita/adozione di alcun trattamento previdenziale o economico di maternità a carico dell'INPS o di altro soggetto erogatore (art. 22, 66, 70, 74, 75 D.Lgs. 151/2001) |
| [ ] | Di essere beneficiaria per la stessa nascita/adozione di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno (€ 354,73) come da dichiarazione dell'INPS o di altro soggetto erogatore ovvero come da documentazione comprovante di cui allega copia |
| Di non aver richiesto né richiederà questa prestazione (per lo/gli stesso/i minore/i) ad altro Comune | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA |
|  | Accredito su conto corrente bancario o postale a me intestato/cointestato utilizzando il codice IBAN di cui allega copia (art. 12 D.L. 201/2011)  CODICE IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

A TAL FINE ALLEGA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ALLEGATI OBBLIGATORI |
| [ ] | Copia del titolo di soggiorno |
| [ ] | Copia del documento di identità del richiedente *[qualora la firma non venga apposta in presenza dell'addetto a ricevere la domanda]* |
| [ ] | Copia delle coordinate bancarie o postali– codice IBAN intestato o cointestato al richiedente |
| [ ] | Copia del provvedimento di affido/adozione/tutela/curatela emesso dall'autorità competente |
| [ ] | Dichiarazione dell'INPS o del soggetto erogatore del trattamento previdenziale/economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno ovvero documentazione comprovante |
| [ ] | Copia della sentenza di separazione/divorzio in caso di genitori legalmente separati/divorziati |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm..ii)** |
| Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 - “Codice in materia di protezione dei dati personali” (di seguito denominato “Codice”) e del regolamento U. E. n. 679/2016, il Comune di Fossombrone, in qualità di “Titolare” del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità, e finalità stabiliti.  TITOLARE DEL TRATTAMENTO Il Titolare del Trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di Fossombrone, con sede in Via Corso Garibaldi n.8, rappresentato dal Sindaco Berloni Massimo. Per ogni informazione può rivolgersi ai seguenti recapiti: Tel 0721 723209 fax 0721 723205 - email: comune.fossombrone@provincia.ps.it - PEC: [comune.fossombrone@emarche.it](mailto:comune.fossombrone@emarche.it)  RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (RPD): dott.ssa Martina BattazziTel. / 0722.819928 e-mail: rpd@cm-urbania.ps.it  BASE GIURIDICA Il trattamento dei dati personali è effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico ai sensi dell'art. 6 lettera e) del regolamento U.E. n. 679/2016, individuato ai sensi del D Lgs. 26/03/2001 n. 151 I dati personali sono trattati per la finalità di assegnazione e svolgimento del servizio di cui all’oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio.  MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio richiesto. I dati saranno conservati per gli adempimenti previsti dalle norme, con particolare riguardo agli obblighi di tenuta della documentazione e delle informazioni per la gestione amministrativa delle attività secondo quanto previsto dal Piano di conservazione documentale pubblicato con D.G.M. n. 447/2017.  DIRITTI DELL'INTERESSATO Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall’art.15 e seguenti del citato Regolamento UE, ed in particolare: - l'accesso ai dati personali e alle informazioni previste dall'art. 15; - la rettifica dei dati personali inesatti; - tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione dei dati personali incompleti; - la cancellazione dei dati personali nei termini previsti dall'art. 17; - la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dall'art. 18, - l'opposizione al trattamento dei dati personali, in tutto o in parte, per motivi previsti dall'art .21.  L’interessato potrà proporre reclamo all’Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.  Non è applicabile al presente Trattamento l’istituto della portabilità dei dati previsto dall’art.20. I dati personali trattati non saranno utilizzati in processi decisionali automatizzati né per operazioni di profilazione.  **La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella *home page* del sito web istituzionale**. | |

Il sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l’informativa che precede:

◻ Autorizza ◻ Non autorizza

Il trattamento dei propri dati personali per le finalità necessarie all'adempimento degli obblighi di legge e per la prestazione/ricezione di servizi.

◻ Autorizza ◻ Non autorizza

Il trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati o dati sensibili, purchè finalizzati alla prestazione di servizi oggetto del rapporto e sempre entro i termini di legge.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE – **Leggere attentamente** |
| a) che qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade il diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 (pene a carattere detentivo anche fino a 5 anni e multe);  b) che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni rese;  c) di tutte le norme e condizioni stabilite in materia, impegnandosi a produrre la documentazione che il Comune riterrà necessario acquisire in sede di accertamento tecnico e/o richiesta di esibizione documentale, nonché a fornire ogni notizia utile, nei tempi e nei modi richiesti;  d) che è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati. | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | FIRMA |
| Fossombrone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*firma per esteso leggibile*] | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | RISERVATO ALL'UFFICIO | |
| COMUNE DI FOSSOMBRONE  La/Il sig.ra/sig. …........................................................................................................................................................  identificata/o mediante …............................................................................................................................................  rilasciato il … …........................... da ….....................................................................................................................  ha sottoscritto in mia presenza la domanda per l'assegno di maternità.  Si comunica che il Responsabile del procedimento è la Responsabile del Settore IV Servizi Socialie che il procedimento si concluderà entro 30 giorni dalla data odierna. I tempi possono subire variazioni qualora si rendano necessarie integrazioni o ulteriori approfondimenti ai sensi di legge.  Fossombrone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*timbro e firma dell'addetto a ricevere la domanda*] | | |
|  | PER AVERE INFORMAZIONI |
| Comune di Fossombrone– Settore Servizi Sociali - telefono 0721- 723249 lunedì 8.00/12.00 - giovedì 14.00/17.00, venerdì 8.00/13:00  E-mail: [ups@comune.fossombrone.ps.it](mailto:ups@comune.fossombrone.ps.it)  Sito web [www.comune.fossombrone.ps.it](http://www.comune.collialmetauro.pu.it) | |