



DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'
ai sensi dell'art. 74 del D.lgs. n. 151/2001 e successive modificazioni

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, 445)

La Sig.ra / Il Sig.

DICHIARA DI ESSERE

Nata/o a Prov. il

Codice fiscale

Residente a Firenze in Via/P.za n. Cap

Recapito telefonico..... E-Mail..... @

Residente in Italia al momento della nascita del figlio/a o ingresso dell'adottato/a-affidato/a:

☐ Cittadina/o italiana/o o comunitaria/o

☐ Cittadina/o extracomunitaria/o (compilare **Quadro B**)

Se legalmente separata/o dichiarare il Comune dove è stato contratto il matrimonio

☐ in qualità di Madre

☐ Affidataria

☐ A d o t t a n t e

☐ in qualità di Padre (*)

☐ Se Madre Minorenne (compilare **Quadro G**)

(*) nota bene: in tal caso compilare anche **Modello 1**

CHIEDE L'ASSEGNO DI MATERNITA' per numero minori

Quadro A – Dati relativi al / ai bambino/i per cui chiedere l'assegno:

1. Cognome e Nome

Codice fiscale

Nato/a il Sesso è residente con il/la richiedente ☐

2. Cognome e Nome

Codice fiscale

Nato/a il Sesso è residente con il/la richiedente ☐

3. Cognome e Nome

Codice fiscale

Nato/a il Sesso è residente con il/la richiedente ☐

Quadro B – Per Cittadini Extracomunitari:**Barrare le caselle che interessano**

- ☐ La/Il richiedente **cittadino extracomunitario**, è in possesso di permesso di soggiorno nrilasciato
il..... con scadenza il.....
- ☐ La/Il richiedente **cittadino extracomunitario** ha presentato **richiesta** per l'ottenimento del permesso di soggiorno
indicare la data della ricevuta postale.....
- ☐ La/Il richiedente **cittadino extracomunitario** è in possesso del permesso di protezione sussidiaria o di rifugiato
politico.n..... rilasciato da.....
- ☐ Il/La richiedente **cittadino/a extracomunitario/a** è in possesso della ricevuta del permesso di protezione sussidiaria o
di rifugiato politico n. rilasciato da.....
- ☐ La/Il bambino **è nato in Italia** ☐ La/Il bambino **non è nato in Italia**, ma è in possesso di carta di soggiorno

Quadro C – Lavoro o Tutela Previdenziale:**Barrare le caselle che interessano**

- ☐ La/Il richiedente non ha ricevuto alcun trattamento economico di maternità
- ☐ La/Il richiedente è beneficiaria/o di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale
trattamento è erogato da per l'importo di
- ☐ La/Il richiedente ha presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità a
.....

Quadro D – Richiede la seguente modalità di pagamento specificando IBAN:

- ☐ Libretto postale nominativo ☐ Carta di pagamento ☐ INPS Card
- ☐ Accredito sul conto corrente bancario o postale solo se titolare o cointestatario:
- Codice IBAN**

I	T
---	---

Quadro E – Attestazione ISEE valida 2025 senza omissioni/difformità:

Valore ISE pari a euro..... scala equivalenza ISEE minorenni pari a euro

- ☐ Attestazione dichiarata dal/dalla sottoscritta
- ☐ Attestazione dichiarata da altra persona del nucleo:
- Nome Cognome..... Codice fiscale.....
- ☐ Nessun componente del nucleo familiare nel 2024 risultato beneficiario dell'assegno di maternità
- ☐ Un componente del nucleo familiare nel 2024 è risultato beneficiario dell'assegno di maternità per l'importo di
Nome Cognome..... Codice fiscale.....

Quadro F – Utilizzare per invio comunicazioni se diverso dalla residenza:

Cognome..... Nome

Via.....n. città CAP.....

Quadro G – Nel caso in cui il richiedente l'assegno di maternità sia soggetto a:

☐ Responsabilità genitori ☐ Tutela ☐ Curatela

La sottoscrizione spetta alla responsabilità genitoriale, al tutore o all'interessato con l'assistenza del curatore:

Sig./Sig.ra: nato/a a:.....

il

Codice fiscale

In possesso del provvedimento di tutela/curatela n: emesso dal Giudice

Quadro H – In caso di impedimento alla sottoscrizione:

Spazio riservato al pubblico ufficiale che attesta la dichiarazione di chi non sa o non può firmare o si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute (art. 4 DPR 445/2000)

Il sottoscritto..... (dipendente addetto) riceve la dichiarazione

[...] del Signor/ra rappresentante legale

Cognome Nome

Oppure

[...] del parente (indicare grado di parentela)

Cognome Nome

Il quale dichiara che il richiedente risulta impedito per ragioni connesse allo stato di salute o per incapacità, della cui identità si è accertato tramite documento

Tipo documento.....rilasciato dail/...../.....

Il Dipendente

Firma e timbro.....

Allegati:

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

☐ Fotocopia di documento di identità valido

☐ Attestazione Isee anno 2025

☐ Fotocopia permesso di soggiorno

☐ Informativa privacy sottoscritta

Nei casi di:

☐ Adozioni o affidamenti nazionali: autocertificazione relativa al provvedimento di adozione o affidamento (o fotocopia del provvedimento)

☐ Adozioni o affidamenti internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): autocertificazione da cui risulti l'adozione o l'affidamento preadottivo da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi

☐ Abbandono del figlio da parte della madre: autocertificazione relativa all'abbandono del bambino da parte della madre, da cui risultino tutti i dati essenziali (data, autorità a cui è stato denunciato)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 75 e 76 del D P R n. 445/00 dichiara di aver compilato la domanda composta da n. 4 fogli e che quanto espresso in essi è vero e accertabile ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, dichiara altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte del Comune di Firenze e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Firenze, li...../...../..... (Firma)

Riservato all'Ufficio, ai sensi art. 38 comma 3 del DPR 445/2000

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto previo accertamento della sua identità mediante:

Tipo documento.....rilasciato dail/...../.....

Firma e timbro.....



Legge 448/98– art. 65 (Assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori) e art 66 (Assegno di maternità)

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla Legge 448 del 23 dicembre 1998- artt. 65 e 66 saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. Il Comune di Firenze (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), è il titolare del trattamento
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'accesso al contributo.
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (email: rpprivacy@comune.fi.it).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data

Firma per presa visione