

**DOMANDA DI CONCESSIONE: ASSEGNO DI MATERNITÀ ANNO 2024 (art. 66 L. 448/98 ss.mm.ii.)**

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATA A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

Residente a CASTEL GANDOLFO in VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

TEL/CELL. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

C.F. |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||

IN QUALITÀ DI MADRE DEL BAMBINO NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

Per il/i minore/i \_\_\_\_\_;

IN QUALITÀ DI AFFIDATARIA (per bambini in affidamento preadottivo) o ADOTTANTE (per bambini in adozione senza affidamento) del bambino entrato nel nucleo familiare il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

IN QUALITÀ DI TUTORE in caso di MADRE MINORENNE (in caso di TUTORE FAMILIARE indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_.

CHIEDE

che le sia concesso l'ASSEGNO DI MATERNITÀ previsto dall'art. 66 della Legge 23 Dicembre 1998, n. 448 ss.mm.ii, a tal fine DICHIARA, ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, art. 46:

Di aver prodotto Attestazione ISEE per l'anno \_\_\_\_\_, e che tale attestazione risulta pari ad euro \_\_\_\_\_ (indicare il valore ISEE minorenni per l'accesso alle prestazioni agevolate rivolte ai minorenni che siano figli di genitori non coniugati tra loro e non conviventi)

Di NON essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per lo stesso evento di maternità.

Di NON poter far valere 3 mesi di contribuzione nel periodo che va dai 18 ai 9 mesi antecedenti al parto.

Di essere beneficiaria di altro trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale, per lo stesso evento di maternità.

L'interessata nel caso in cui sia beneficiaria di trattamenti previdenziali inferiori a quelli previsti dall'art. 66 della L. 448/98 potrà richiedere la differenza, dichiarando quale somma le venga erogata ovvero presentando analogha dichiarazione dell'Ente erogatore, come da autocertificazione allegata alla presente domanda.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**  
autocertificazione, ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, art. 46

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_  
NATA \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
Residente a CASTEL GANDOLFO in VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_

DICHIARA

Che per l'evento di maternità del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ha percepito o sta percependo altra indennità di maternità:

per un importo LORDO totale pari ad € \_\_\_\_\_

ovvero

come da dichiarazione dell'Ente erogatore che si allega.

Si impegna, inoltre, a non richiedere all'Inps le indennità di cui sopra salvo la quota differenziale fra assegno di maternità comunale e assegno di maternità dello Stato, qualora ne ricorrono i presupposti.

FIRMA

\_\_\_\_\_