

Barcode

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Agenzia provinciale per l'assistenza e
la previdenza integrativa
Via Zambra, 42 - Top Center
38121 TRENTO
apapi@pec.provincia.tn.it

Domanda di ASSEGNO DI MATERNITA'

(Art. 65 della L.P. 3/2000, art. 74 del D.Lgs 151/2001)

Luogo, data

La/il sottoscritta/o _____, sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nata/o a _____ (Provincia _____), il giorno ____/____/____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____ indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale

cittadinanza _____ telefono _____ / _____ e-mail/PEC _____

in qualità di

- madre
- madre adottante (1)
- affidataria preadottiva
- genitore della madre minorenni
- legale rappresentante della madre
- padre (2)
- adottante (1)
- affidatario preadottivo
- adottante non coniugato
- coniuge della madre (3)
- persona affidataria in presenza di provvedimento del giudice (4)

del/i seguente/i minore/i (5):

| cognome | Nome | data nascita | tipo evento (6) | data ingresso nella famiglia anagrafica (7) |
|---------|------|--------------|-----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(1) in caso di adozione senza affidamento
 (2) in caso di abbandono da parte della madre, affidamento esclusivo o decesso della madre
 (3) in caso di decesso della madre
 (4) in caso di neonato non riconoscibile o non riconosciuto da alcuno dei genitori
 (5) i minori devono essere soggiornanti e residenti nel territorio dello Stato e se la richiesta è formulata da soggetto in possesso della carta di soggiorno, il figlio che non sia nato in Italia o non risulti cittadino di uno Stato dell'Unione europea deve altresì essere in possesso di carta di soggiorno
 (6) nascita, affidamento preadottivo nazionale, affidamento preadottivo internazionale, adozione senza affidamento nazionale, adozione senza affidamento internazionale
 (7) da compilare se il tipo evento è diverso dalla nascita

CHIEDE

la concessione dell'assegno di maternità previsto dall'articolo 65 della L.P. 3/2000 e dall'art. 74 del D.Lgs 151/2001



A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

DICHIARA

di essere in possesso dell'Attestazione ISEE rilasciata da INPS:

numero di protocollo _____

in data ___/___/___ con valore ISEE _____

solo per i cittadini extracomunitari

di essere in possesso del permesso di soggiorno per soggiornante di lungo periodo-CE/UE, ovvero della carta di soggiorno rilasciata/o in data ___/___/___ dalla Questura di _____;

di essere in possesso della Carta di soggiorno di familiare di cittadino italiano o dell'Unione, rilasciata in data ___/___/___ dalla Questura di _____

di essere in possesso di permesso con la dicitura "perm. unico lavoro", rilasciato in data ___/___/___ dalla Questura di _____

di aver presentato domanda per il rilascio di uno dei suddetti titoli di soggiorno in data ___/___/___, presso la Questura di _____;

di essere titolare dello status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria come da documento rilasciato in data ___/___/___ dalla Questura di _____;

di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato in data ___/___/___ dalla Questura di _____ e familiare convivente di lavoratore algerino, marocchino, tunisino;

di essere residente nel territorio dello Stato al momento della nascita del/i figlio/i o al momento dell'ingresso nella propria famiglia anagrafica di un minore ricevuto in affidamento preadottivo o in adozione senza affidamento;

che in relazione all'evento sopra dichiarato il beneficio in questione non è già stato concesso o non è stata presentata analoga richiesta ad altro Ente;

che i dati anagrafici della madre (anche adottiva o affidataria) sono (sezione da compilare solo nel caso in cui l'assegno sia richiesto da un soggetto diverso dalla madre, anche adottiva o affidataria):

| | |
|---|--|
| _____ (cognome e nome della madre; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) | |
| nata a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/___ (Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita) | |
| residente nel Comune di _____ (Provincia _____) (Comune di residenza) (CAP) (sigla) | |
| frazione _____ indirizzo _____, n. _____ | |
| Codice fiscale <input type="checkbox"/> | |
| cittadinanza _____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____ | |

che la madre richiedente (anche in caso di adozione senza affidamento o di affidamento preadottivo) o in sostituzione della quale si richiede l'assegno:

- non ha beneficiato per lo stesso evento di alcun trattamento previdenziale di maternità per l'astensione obbligatoria erogato dall'INPS, da altro Ente Previdenziale o dal Datore di Lavoro, ivi compreso l'assegno di maternità previsto dall'art. 75, comma 1 del decreto legislativo 26/3/2001, n. 151 (assegno di maternità dello Stato);

(oppure in alternativa)

- ha ricevuto/ha diritto per lo stesso evento a titolo di trattamento previdenziale di maternità per l'astensione obbligatoria a carico dell'INPS, dell'Ente Previdenziale _____ o del Datore di Lavoro un importo lordo complessivo pari a € _____. A tal riguardo allega idonea documentazione atta a dimostrare l'importo percepito;

(oppure in alternativa)

- ha presentato richiesta di contributo per lo stesso evento a titolo di trattamento previdenziale di maternità per l'astensione obbligatoria presso il seguente Ente _____ e di non aver al momento ricevuto comunicazione in merito, oppure è in attesa di assegnazione del trattamento da parte del datore di lavoro. A tal riguardo dichiara di essere a conoscenza di dovere comunicare all'Agenzia Provinciale per l'Assistenza e la Previdenza Integrativa l'esito della richiesta e l'eventuale importo del trattamento previdenziale/economico di maternità mediante dichiarazione sostitutiva od attestazione del soggetto che ha corrisposto la prestazione.

DICHIARA, INOLTRE

- di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà eseguire opportuni controlli e al contempo negare il beneficio o comunque revocarlo se già precedentemente concesso;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente all'Agenzia Provinciale per l'Assistenza e la Previdenza Integrativa ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare, compreso lo spostamento/trasferimento della propria residenza, nonché quella del/i minore/i;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente all'Agenzia Provinciale per l'Assistenza e la Previdenza Integrativa la presentazione di eventuali moduli integrativi successivamente alla sottoscrizione della DSU in caso di inesattezze, difformità od omissioni rilevati nei dati utilizzati per il calcolo dell'ISEE e per il quale ne ha chiesto l'integrazione e/o la rettifica;

CHIEDE

che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso _____ telefono _____

Comune _____ CAP _____ Provincia _____

frazione _____ Indirizzo _____ n. civ. _____

- autorizza l'Agenzia all'eventuale **recupero** di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge
- si impegna a comunicare alla Provincia ogni variazione delle situazioni di cui sopra.

In caso di concessione dell'assegno, che la somma sia corrisposta con la seguente modalità di pagamento:

Intestatario _____

- con accreditamento sul seguente conto corrente bancario/postale o equivalente

Banca/Agenzia _____

Cod. IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALLEGATI

- Titolo di soggiorno (solo per cittadini extracomunitari)
- Dichiarazione del datore di lavoro delle somme erogate titolo di trattamento previdenziale di maternità per l'astensione obbligatoria o dell'Ente che ha erogato il trattamento previdenziale di maternità per l'astensione obbligatoria
- Altro

ANNOTAZIONI:

Dichiara infine:

- di aver compilato una domanda costituita da _____ pagine, identificata da:

PROTOCOLLO ICEF N.

CODICE DI CONTROLLO

per il quale ha rilasciato delega di assistenza al Patronato _____ che allega;

- (La seguente dichiarazione è facoltativa; barrare il relativo riquadro solo se si intende eleggere domicilio digitale) dichiara il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.-

- di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa dd 17/05/2019 n. 1005 e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Domanda-per-la-concessione-dell-assegno-di-maternita

(luogo)

(data sottoscrizione)

(firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare il nome del dipendente addetto)

consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare
 Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____
 identificato/a mediante _____
 il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

(data)

(timbro dell'ufficio e firma)

Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare
 Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____
 identificato/a mediante _____
 il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il sig./ra



_____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni
 connesse allo stato di salute.

_____ (data) _____ (timbro dell'ufficio e firma)

Divieto delle “revolving doors” – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

DOMANDA **DELL'ENTE**

Io sottoscritto/a _____ addetto/a all'ufficio _____

attesto che:

è stata presentata domanda per la concessione dell'assegno di maternità da parte del/la Sig./ra _____
 costituita da ____ pagine identificate da:

PROTOCOLLO ICEF N. **CODICE DI CONTROLLO**

per la quale ha rilasciato delega al Patronato _____ allegata alla domanda;

inoltre, dichiaro

di aver consegnato L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per l'assistenza e previdenza integrativa, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Domanda-per-la-concessione-dell-assegno-di-maternita

_____ (luogo) _____ (data) _____ (timbro dell'ente e firma dell'addetto)

Copia della presente domanda è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati ICEF presso Trentino Digitale S.p.A.

