



PROTOCOLLO



Assegno di maternita' dello Stato - 1/3

(compilare solo le parti di interesse)

Richiedente (1)

NOME COGNOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A PROV. STATO
 CITTADINANZA
 COMUNE DI RESIDENZA (al momento del parto/ingresso in famiglia)
 COMUNE ATTUALE DI RESIDENZA (indicarlo se diverso dal precedente)
 INDIRIZZO PROV. CAP
 TELEFONO* CELLULARE*
 E-MAIL*

Richiedente diverso dalla madre

Dichiaro di essere (in caso di richiedente diverso dalla madre)

- padre biologico
- adottante/affidatario preadottivo
- coniuge della donna adottante/affidataria preadottiva
- affidatario/a non preadottivo (minore non riconosciuto/riconoscibile dai genitori)

Dichiaro (barrare la casella corrispondente)

- che la madre del bambino è deceduta il (gg/mm/aa)
- che la madre ha abbandonato il minore in data (gg/mm/aa)

Dichiaro che il minore

(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- si trova presso la propria famiglia anagrafica
- è soggetto alla propria potestà
- non è affidamento presso terzi

In caso di morte della madre biologica/adottante/affidataria

dichiaro inoltre che l'assegno:

- è richiesto a titolo proprio
- è già stato richiesto dalla madre del bambino

Dichiaro: (compilare una delle tre ipotesi: A - B - C)

a) di svolgere attività lavorativa in qualità di

- lavoratore dipendente
- lavoratrice autonoma
- lavoratore iscritto alla gestione separata presso l'azienda/committente

- di avere diritto ad un trattamento economico per la maternità/paternità (indennità o retribuzione) per un importo complessivo pari a Euro

- di avere 3 mesi di contribuzione per la maternità nel periodo compreso tra i 18 ed i 9 mesi precedenti il parto o l'ingresso in famiglia del minore adottato/affidato

* Dati facoltativi

1 Qualora il richiedente sia minorenne la domanda deve essere presentata dal legale rappresentante in nome e per conto del richiedente stesso.



Assegno di maternita' dello Stato - 2/3

(compilare solo le parti di interesse)

B) di non svolgere attività lavorativa

di aver beneficiato, in data comunque non anteriore ai 9 mesi precedenti il parto o l'ingresso del minore in famiglia, di una delle seguenti prestazioni *

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> cassa integrazione guadagni | <input type="radio"/> cassa integrazione guadagni straordinaria |
| <input type="radio"/> disoccupazione con requisiti ridotti | <input type="radio"/> disoccupazione |
| <input type="radio"/> maternità | <input type="radio"/> malattia |
| <input type="radio"/> attività socialmente utili - lavori di pubblica utilità | <input type="radio"/> mobilità |

dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

La prestazione indicata sopra è stata corrisposta per la seguente attività di lavoro svolta per almeno 3 mesi:

lavoro dipendente

azienda _____ matricola _____ dal _____ al _____

azienda _____ matricola _____ dal _____ al _____

lavoro autonomo o a progetto/libero professionale (Gestione Separata L.335/95)

dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

C) di aver cessato di lavorare per dimissioni o licenziamento durante la gravidanza

di avere 3 mesi di contribuzione per la maternità nel periodo compreso tra i 18 ed i 19 mesi precedenti il parto o l'ingresso in famiglia del minore adottato/affidato

Dichiaro inoltre

di non avere richiesto o percepito l'assegno di maternità dei Comuni

Dati del minore

NOME **COGNOME**

CODICE FISCALE **NATO/A IL GG/MM/AAAA**

A **PROV.** **STATO**

CITTADINANZA **RESIDENZA**

INDIRIZZO

figlio biologico

numero dei nati in caso di parto gemellare _____

minore adottato/affidato

numero dei minori adottati/affidati (in caso di adozioni/affidamenti plurimi) _____

data di adozione/affidamento (gg/mm/aaaa) _____

data di ingresso in famiglia (gg/mm/aaaa) _____

data di ingresso in Italia (adozione/ affidamento internazionale) (gg/mm/aaaa) _____

certificata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali

in caso di provvedimento straniero di adozione, data di trascrizione del provvedimento (gg/mm/aaaa) _____

nei registri dello stato civile del Comune di _____

* Il diritto spetta a condizione che tra l'ultimo giorno di fruizione della prestazione indicata e la data del parto/ingresso in famiglia non sia trascorso un periodo di tempo superiore al periodo di fruizione della prestazione e, comunque, non superiore a 9 mesi.





Assegno di maternita' dello Stato - 3/3

(compilare solo le parti di interesse)

● **Detrazioni d'imposta** (articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)
- chiedo la detrazione per carichi di famiglia (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)
(è obbligatorio presentare il modello MV10 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)

● **Modalità di pagamento** (da compilarsi solo nei casi di pagamento diretto da parte dell'INPS)

- bonifico domiciliato presso ufficio postale
- conto corrente bancario o postale - libretto postale - INPS card - carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN

Composto da 27 caratteri

● **Delega al Patronato**

Delego il patronato _____

presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, ai fini di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e instruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.