



**COMUNE DI CILAVEGNA**  
(PROVINCIA DI PAVIA)  
Telefono 0381/668011 fax 0381/96392

**Servizio 3 Servizi alla Persona tel. 0381/668022-668044 e-mail: sociale@comune.cilavegna.pv.it**

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Residente in Cilavegna, Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nella qualità di madre del bambino \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/00)

- Di non essere beneficiaria , per lo stesso evento, di trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale;  
 di essere beneficiaria dell'indennità di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale , per l'importo complessivo indicato nella specifica dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/00 ed anch'essa allegata alla presente domanda ai fini del riconoscimento della quota differenziale;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare;
- Di essere a conoscenza altresì:  
 che il diritto all'assegno di maternità ha decorrenza dalla data del parto e spetta nel limite massimo di cinque mensilità;  
 che al pagamento dell'assegno provvede INPS in un'unica soluzione , secondo le scadenze previste dall'art. 9 del decreto n. 306 del 15 /07/1999, del Ministero per la Solidarietà Sociale;  
 che la concessione dell'assegno potrà essere revocata, nel caso di accertata indebita corresponsione, con conseguente attivazione delle azioni di recupero delle somme erogate;
- Di essere consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
- Di volere che l'importo concesso venga versato sul c/c con il seguente IBAN:  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**LA RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_