

**LAVORATRICI AUTONOME ISCRITTE ALLA GESTIONE SEPARATA (legge n. 335/1995)**

**DOMANDA DI ASSEGNO DI PARTO (art. 59, comma 16, legge 449/1997)**

(scrivere in stampatello, fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

DATI ANAGRAFICI DELLA RICHIEDENTE			
COGNOME			NOME
COGNOME DEL MARITO			DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	COMUNE DI RESIDENZA	
PROV.	CODICE FISCALE	INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Frazione, ecc.)	
CAP	N. TELEFONICO		
NOTIZIE SULL'ATTIVITÀ LAVORATIVA AUTONOMA			
<b>COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
- DATA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA			
- EMOLUMENTI PERCEPITI NELL'ANNO		(1) TOT EURO	
NELL'ANNO		(1) TOT.EURO	
(1) Indicare (in Lire o in Euro) solo quelli degli ultimi due anni precedenti il parto, sui quali è stato applicato il contributo. Vedi AVVERTENZE sul retro.			
DATI RELATIVI ALLA MODALITÀ DI PAGAMENTO PRESCELTA DALLA RICHIEDENTE			
IN EURO	ASSEGNO CIRCOLARE	ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO (indicare le coordinate bancarie nelle sottostanti caselle) (1)	
CIN	CODICE BANCA	CODICE CAB	CODICE CLIENTE
(1) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario			
EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO			
IO SOTTOSCRITTA DELEGO IL PATRONATO		A RAPPRESENTARMI ED ASSISTERMICI GRATUITAMENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA ALL'OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA. INOLTRE, AVENDO RICEVUTO, A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL'ART. 22 DELLA LEGGE MEDESIMA, ACCONSENTO:	
1)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITÀ DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO:	
2)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALLA LORO COMUNICAZIONE ALL'INPS:	
3)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AL LORO "TRATTAMENTO" DA PARTE DELL'INPS PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA:	
4)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALLA LORO COMUNICAZIONE AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA:	
5)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AL LORO TRASFERIMENTO ALL'ESTERO NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE.	
DATA	FIRMA LAVORATRICE _____		
	Firma e timbro del Patronato _____		

<b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA RICHIEDENTE</b>	
<p>PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31.12.1996, N. 675, ACCONSENTO, QUALORA NECESSARIO, ALL'ISTRUZIONE, ALLA DEFINIZIONE E ALLA COMUNICAZIONE INERENTE LA RICHIESTA: 1) AL TRATTAMENTO DI EVENTUALI DATI SENSIBILI; 2) AL TRASFERIMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI ALL'ESTERO; 3) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI A SOGGETTI CHE GESTISCONO SERVIZI INFORMATICI, DI POSTALIZZAZIONE E ARCHIVIAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI DA PARTE DI TALI SOGGETTI;</p> <p>4) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI SENSIBILI, AI FINI DIVERSI DA QUELLI CONNESSI ALLA PRESENTE RICHIESTA, AD ALTRI ENTI O AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE OVE CIÒ SIA NECESSARIO PER LO SVOLGIMENTO DELLE RISPETTIVE FUNZIONI ISTITUZIONALI.</p> <p>CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO PUÒ COMPORTARE L'IMPOSSIBILITÀ DI DEFINIRE O NOTEVOLE RITARDO NELLA DEFINIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA NON CONSENTO A QUANTO INDICATO AI PUNTI</p> <p>CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARO CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ.</p> <p>INOLTRE DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE AMMINISTRAZIONI SONO TENUTE A CONTROLLARE LA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI E CHE, IN CASO DI DICHIARAZIONE FALSA POSSO SUBIRE UNA CONDANNA PENALE E DECADERE DAGLI EVENTUALI BENEFICI OTTENUTI CON L'AUTOCERTIFICAZIONE. MI IMPEGNO, ALTRESÌ, A COMUNICARE QUALSIASI VARIAZIONE DOVESSE INTERVENIRE NELLA SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA ENTRO 30 GIORNI DALL'AVVENUTO CAMBIAMENTO.</p>	
DATA _____	FIRMA _____

<b>DOCUMENTI DA PRESENTARE</b>	
TIPO DI DOCUMENTO	CASI IN CUI DEVE ESSERE PRESENTATO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CERTIFICATO DI NASCITA (O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA)</li> <li>- DICHIARAZIONE, AI SENSI DI LEGGE, ATTESTANTE LE GENERALITÀ DELLA RICHIEDENTE, DEL NEONATO E IL LORO RAPPORTO DI PARENTELA</li> <li>- <b>COLLABORATICI COORDINATE E CONTINUATIVE:</b> COPIA DELLE DENUNCE TRIMESTRALI O DICHIARAZIONE DEI COMMITTENTI (CONTENENTE GLI IMPORTI, LE DATE DEI VERSAMENTI E LA PERCENTUALE APPLICATA)</li> <li>- <b>LIBERE PROFESSIONISTE:</b> COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI <small>(FACOLTATIVO: VEDI AVVERTENZE)</small></li> </ul>	PARTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CERTIFICATO RILASCIATO DALLA AZIENDA SANITARIA LOCALE O ENTE OSPEDALIERO ATTESTANTE LA DATA DELL'ABORTO E IL MESE DI GRAVIDANZA IN CUI È AVVENUTO.</li> <li>- <b>COLLABORATICI COORDINATE E CONTINUATIVE:</b> COPIA DELLE DENUNCE TRIMESTRALI O DICHIARAZIONE DEI COMMITTENTI (CONTENENTE GLI IMPORTI, LE DATE DEI VERSAMENTI E LA PERCENTUALE APPLICATA)</li> <li>- <b>LIBERE PROFESSIONISTE:</b> COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI <small>(FACOLTATIVO: VEDI AVVERTENZE)</small></li> </ul>	ABORTO



RICEVUTA DOMANDA - Mod. MAT./GEST.SEP.

SEDE INPS DI

La Signora

HA PRESENTATO, IN DATA ODIERNA, DOMANDA DI ASSEGNO DI PARTO, ALLEGANDO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- CERTIFICATO DI NASCITA O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI NASCITA
- DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL SUO STATO DI MADRE DEL BAMBINO NATO.
- CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE A. S. L., COMPROVANTE IL GIORNO DELL'ABORTO.
- DICHIARAZIONI DEL/DEI COMMITTENTE/I (n° DICHIARAZIONI)
- COPIA DENUNCE TRIMESTRALI (n° DENUNCE)
- COPIA RICEVUTE VERSAMENTI CONTRIBUTIVI (n° .RICEVUTE)
- ALTRA DOCUMENTAZIONE (da indicare) .....

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

---

**AVVERTENZE**

A PARTIRE DALL'ANNO 1998 LE LAVORATRICI ISCRITTE ALLA GESTIONE SEPARATA DEI LAVORATORI AUTONOMI DI CUI ALLA LEGGE 355/95 (LIBERE PROFESSIONISTE, COLLABORATRICI COORDINATE E CONTINUATIVE) HANNO DIRITTO AD UN ASSEGNO DI PARTO, PURCHÉ NON SIANO ISCRITTE AD ALTRE FORME DI ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA O NON SIANO PENSIONATE: LE INTERESSATE SONO PERCIÒ QUELLE TENUTE (LEGGE 449/97) ALLA CORRESPONSIONE DEL CONTRIBUTO IN MISURA SUPERIORE ALL'ALIQUOTA ORDINARIA DEL 10% (AD ES., PER IL 1998, LA MISURA PREVISTA È IL 12%).

IL DIRITTO È SUBORDINATO (D.M. 27.5.1998) AL POSSESSO DI ALMENO TRE MESI DI VALIDA CONTRIBUZIONE NEI 12 MESI CHE PRECEDONO I DUE MESI PRIMA DEL PARTO. LA CONTRIBUZIONE STESSA È ACCREDITABILE, PER OGNI ANNO, A PARTIRE DAL MESE DI GENNAIO (SALVO ISCRIZIONI SUCCESSIVE ALLA GESTIONE), INDIPENDENTEMENTE DALLA DATA DI PERCEZIONE DEGLI EMOLUMENTI ASSOGGETTABILI A CONTRIBUTI. PER I PARTI AVVENUTI NEL 1998 NON È RICHIESTO IL REQUISITO CONTRIBUTIVO SUDDETTO.

L'ACCREDITAMENTO DEI CONTRIBUTI SARÀ VERIFICATO DIRETTAMENTE DALL'INPS. TUTTAVIA PER ACCELERARE LA LIQUIDAZIONE DELL'ASSEGNO È UTILE PER LA COLLABORATRICE COORDINATA E CONTINUATIVA ESIBIRE TEMPESTIVAMENTE COPIA DELLE DENUNCE TRIMESTRALI RIGUARDANTI L'ANNO DEL PARTO E L'ANNO SOLARE PRECEDENTE OVVERO LA DICHIARAZIONE DEL O DEI COMMITTENTI (CON FIRMA, TIMBRO E RELATIVO CODICE FISCALE) INDICANTE GLI IMPORTI, LE DATE DEI VERSAMENTI E LA PERCENTUALE CONTRIBUTIVA APPLICATA; PER LA LIBERA PROFESSIONISTA ESIBIRE COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI.

PER I PARTI AVVENUTI NEL 1998 VA PRESENTATA COPIA DI ALMENO UNA DENUNCIA E/O DELLA RICEVUTA DI UN VERSAMENTO PER IL 1998 STESSO, OPPURE LA RICEVUTA DELLA RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE.

L'ESIBIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SUDDETTA È COMUNQUE IDONEA AD INTERROMPERE IL TERMINE DI PRESCRIZIONE (UN ANNO, A DECORRERE DAL GIORNO SUCCESSIVO AL PARTO), PRESCRIZIONE CHE SE NON INTERRUPTA ESTINGUE IL DIRITTO ALL'ASSEGNO.

LA PRESCRIZIONE PUÒ ESSERE INTERRUPTA ANCHE CON ATTI SCRITTI (RICHIESTA DI PAGAMENTO, SOLLECITI, ECC.) INOLTATI ALL'INPS DALLA LAVORATRICE O DALL'ENTE DI PATRONATO EVENTUALMENTE PRESCELTO O DAL PROPRIO RAPPRESENTANTE, ENTRO IL SUDDETTO TERMINE PRESCRIZIONALE DI UN ANNO O ENTRO UN ANNO DA UN PRECEDENTE, IDONEO ATTO INTERRUPTIVO.