



Indennità di maternità/paternità - 1/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori (compilare solo le parti di interesse)

● Richiedente

COGNOME NOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A PROV. STATO
 CITTADINANZA
 RESIDENTE IN PROV. STATO
 INDIRIZZO CAP
 TELEFONO * CELLULARE*
 E-MAIL*

Compilare solo se diverso dalla residenza

DOMICILIATO IN PROV. STATO
 INDIRIZZO CAP

□ 1. Lavoratore dipendente con qualifica di

- apprendista operaia/o impiegata/o dirigente

- contratto a tempo indeterminato contratto a tempo determinato fino al _____ (gg/mm/aaaa)

azienda _____ matricola _____
 indirizzo _____ provincia _____ comune _____

azienda _____ matricola _____
 indirizzo _____ provincia _____ comune _____

● Dichiaro

- di essere stato licenziato o di aver presentato le dimissioni dal _____ (gg/mm/aaaa)
 di essere utilizzato in attività socialmente utili/attività di pubblica utilità dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
 (se licenziata/o anteriormente, compilare anche la voce precedente)
 di essere sospeso dal _____ (gg/mm/aaaa)

● Settore di attività

Barrare la casella corrispondente

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> industria | <input type="radio"/> cooperative (socio lavoratore) |
| <input type="radio"/> artigianato | <input type="radio"/> lavoro a domicilio |
| <input type="radio"/> terziario o servizi (già commercio) | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo indeterminato |
| <input type="radio"/> credito, assicurazioni | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo determinato o a prestazione |
| <input type="radio"/> servizi tributari appaltati | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo indeterminato |
| <input type="radio"/> servizi domestici e familiari | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo determinato |
| <input type="radio"/> altro _____ | |



Indennità di maternità/paternità - 2/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori (compilare solo le parti di interesse)

2. Lavoratore iscritto alla gestione separata

Barrare la casella corrispondente

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> collaboratore a progetto | <input type="radio"/> collaboratore coordinato e continuativo |
| <input type="radio"/> collaboratore occasionale | <input type="radio"/> collaboratore giornali e riviste |
| <input type="radio"/> associato in partecipazione | <input type="radio"/> venditore porta a porta |
| <input type="radio"/> sindaco di società | <input type="radio"/> revisore di società |
| <input type="radio"/> amministratore e legale rappresentante | <input type="radio"/> partecipante a collegi e commissioni |
| <input type="radio"/> titolare di assegno di ricerca | <input type="radio"/> titolare di borsa di studio per dottorato di ricerca |
| <input type="radio"/> medico in formazione specialistica | <input type="radio"/> consulente parlamentare |

- lavoratore autonomo occasionale
- amministratore di società
- liquidatore di società
- amministratore enti locali
- call center
- libero professionista

• data di iscrizione alla Gestione separata _____ (gg/mm/aaaa)

• Committente _____ matricola* _____
indirizzo _____

• Committente _____ matricola* _____
indirizzo _____

Dichiaro

- di non essere parente (figlia/o, sorella/fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro/committente
- di essere parente (figlia/o, sorella/fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro/committente - specificare il grado di parentela o affinità _____
- che il parto avverrà presumibilmente in data _____ (gg/mm/aaaa) come da certificato di gravidanza rilasciato dal medico del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato (in busta chiusa)
- di essere in interdizione anticipata / prorogata dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)

Chiedo

- di avvalermi della flessibilità del congedo di maternità dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa) per n° _____ giorni.

(Allegare in busta chiusa la documentazione medico-sanitaria acquisita entro la fine del settimo mese di gravidanza)

3. Lavoratrici e lavoratori autonomi

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> artigiana |] | <input type="radio"/> titolare d'azienda | <input type="radio"/> familiare coadiuvante |
| <input type="radio"/> commerciante | | | |
| <input type="radio"/> coltivatrice diretta |] | <input type="radio"/> unità attiva | |
| <input type="radio"/> colona/mezzadra | | | |

- imprenditrice agricola professionale
- pescatrice autonoma della piccola pesca marittima e delle acque interne

• data di iscrizione alla relativa gestione previdenziale _____ (gg/mm/aaaa)

Dati dell'azienda

- cognome e nome del titolare dell'impresa o del concedente _____
- indirizzo del titolare dell'impresa o del concedente _____
- numero azienda o progressivo azienda _____



Indennità di maternità/paternità - 3/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori *(compilare solo le parti di interesse)*

Dati del minore

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	SESSO	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>

- figlio biologico
 - numero dei nati in caso di parto gemellare _____

In caso di affidamento preadottivo disposto con ordinanza dal Tribunale ai sensi dell'art. 22 della legge 184 del 1983, dichiaro che:

- non è intervenuta sentenza di adozione*
- l'ordinanza è stata emessa dal Tribunale di _____ sezione _____ numero sentenza _____ data deposito in cancelleria _____ (gg/mm/aaaa)
- che, su tale ordinanza, l'ingresso in famiglia è avvenuto in data _____ (gg/mm/aaaa)

*Se, a seguito dell'affidamento preadottivo, è intervenuta la sentenza di adozione, occorre presentare la domanda per evento "adozione".

In caso di adozione nazionale dichiarato:

- che la sentenza di adozione è stata emessa dal Tribunale di _____ sezione _____ numero sentenza _____ data deposito in cancelleria _____ (gg/mm/aaaa)
- che tale sentenza è divenuta definitiva in data _____ (gg/mm/aaaa)
- che l'ingresso in famiglia è avvenuto in seguito all'adozione in data _____ (gg/mm/aaaa) come attestato da _____ (autorità o servizi sociali) in data _____ (gg/mm/aaaa)

Gli effetti dell'adozione si producono dal momento della definitività della sentenza (art. 26, comma 5, della legge 184/1983).
 Il beneficio spetta a decorrere dalla data di ingresso in famiglia del figlio a seguito dell'adozione se tale data è successiva all'adozione.

In caso di adozione o affidamento internazionale dichiarato:

- che la sentenza di adozione è stata emessa in Italia dal Tribunale di _____ sezione _____ numero sentenza _____ data deposito in cancelleria _____ (gg/mm/aaaa)
- che il provvedimento/sentenza è stato trascritto in Italia, nei registri di Stato civile del Comune di _____ Provincia di _____
- che l'ingresso in Italia è avvenuto in data _____ (gg/mm/aaaa) come attestato dalla Commissione per le Adozioni Internazionali (C.A.I.) con provvedimento n. _____ del _____ (gg/mm/aaaa)
- che l'ingresso in famiglia è avvenuto in data _____ (gg/mm/aaaa) come da attestazione dell'Ente autorizzato allo svolgimento dei servizi per l'adozione internazionale che allego
- di aver fruito del congedo per il periodo di permanenza dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa) come da attestazione dell'Ente autorizzato allo svolgimento dei servizi per l'adozione internazionale che allego

Il beneficio spetta a decorrere dalla data di ingresso in famiglia del figlio a seguito dell'adozione se tale data è successiva all'adozione.



Indennità di maternità/paternità - 4/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori *(compilare solo le parti di interesse)*

Nel caso in cui il figlio sia affidato temporaneamente dichiaro che:

l'affidamento è stato disposto dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa) in base al provvedimento di affidamento temporaneo emesso ai sensi della legge 184/1983, Titolo I bis, in data _____ (gg/mm/aaaa)

- dal Tribunale di _____ sezione _____ numero provvedimento _____ data deposito in cancelleria il _____ (gg/mm/aaaa)
- dal Servizio sociale del Comune di _____ Provincia _____ reso esecutivo dal Tribunale di _____

Dichiarazione del padre lavoratore in caso di richiesta del congedo di paternità (D.P.R. 445/2000 art.47)

(per lavoratori dipendenti, autonomi o iscritti alla gestione separata Inps)

● Dati della madre

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATA IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>

attività lavorativa _____ presso _____
con sede in _____ via _____

● Dichiaro *(barrare la casella corrispondente)*

- che la madre è deceduta il _____ (gg/mm/aaaa)
- che la madre è gravemente inferma come da certificazione medica allegata
- che la madre ha abbandonato il minore in data _____ (gg/mm/aaaa) attestato con provvedimento n. _____ emanato dall'autorità giudiziaria _____ sezione n. _____, data di deposito in cancelleria _____
Qualora non sia stato emesso ancora il provvedimento, allego alla domanda copia dell'istanza diretta ad ottenere il provvedimento. Nel caso di figlio non riconosciuto dalla madre, allego dichiarazione di atto notorio
- che la madre ha rinunciato al congedo di maternità *(solo in caso di adozione o affidamento)* e solo per i lavoratori dipendenti o iscritti alla gestione separata Inps
- che il minore è affidato esclusivamente al sottoscritto richiedente dal _____ (gg/mm/aaaa) attestato con provvedimento n. _____ emanato dall'autorità giudiziaria _____ sezione n. _____, data di deposito in cancelleria _____

● 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. 12 del TUIR del DPR 917/1986)*

(è obbligatorio presentare il modulo MV10 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)



Indennità di maternità/paternità - 5/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori (compilare solo le parti di interesse)

● Modalità di pagamento

- Bonifico domiciliato presso ufficio postale
(Il pagamento in contanti presso lo sportello postale è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- Accreditamento su conto corrente bancario o postale - libretto postale - carta di pagamento dotata di IBAN
(In tale caso deve essere compilato e inviato il modello SR163 come da informativa)

CODICE IBAN

Composto da 27 caratteri

L'IBAN è intestato o cointestato al richiedente la prestazione

● Mandato di assistenza e rappresentanza

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

Patronato scelto _____

Timbro e del Patronato e firma dell'operatore _____

Data _____

Firma del richiedente _____

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).

Sottoscrivo il presente modulo in presenza del dipendente addetto, ovvero lo sottoscrivo e allego una copia di un documento d'identità.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato all'Ufficio

La firma è stata apposta in mia presenza; ho identificato il sottoscrittore che ha esibito un documento d'identità.

Nome e firma dell'addetto _____



Indennità di maternità/paternità - 6/6

Domanda per tutte le categorie di lavoratori (compilare solo le parti di interesse)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il “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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti “Codice”), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda di servizio e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.