

*Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "A. Moro" DI
CALCINATE (BG)
e-mail bgic83100c@istruzione.it*

OGGETTO: *DOMANDA DI INDENNITA' DI MATERNITA' FUORI NOMINA DOPO
CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO*

La sottoscritta,
nata a (.....) il
residente a via..... n,
nominata presso codesto Istituto in qualità di
..... a tempo determinato nella scuola,
con la presente

Chiede

ai sensi del D.Lgs. 151/2001 – art. 24 c. 1 la liquidazione dell'indennità di maternità fuori nomina dal al

Dichiara inoltre che la data presunta del parto è ilo che il parto è avvenuto il

Si impegna a comunicare la data del parto, se all'interno del periodo del contratto per indennità di maternità, **ed eventuale instaurazione di rapporto di lavoro durante il periodo di astensione obbligatoria, per l'interruzione dell'indennità di maternità fuori nomina.**

Allega certificato medico attestante la data presunta del parto e, se compresa nel periodo di indennità di maternità fuori nomina, autocertificazione di nascita del figlio/a.

Li _____

Firma _____