

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IPSEOA "G. PASTORE"

VARALLO – GATTINARA

OGGETTO: DOMANDA DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ FUORI NOMINA DOPO CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO

La sottoscritta: _____ nata a: _____ prov: _____

il _____, nominata presso questo istituto in qualità di _____

a tempo determinato dal _____ al _____, 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 il _____ /o 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, certificazione/autocertificazione di nascita del figlio/a.

Data _____

Firma (*leggibile*)
