

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Centro Migliarina
Via Puccini, 366 55049 Viareggio(LU)
Tel 0584/962403 Fax 0584/961863
e-mail luic82000d@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 fino a 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 ,e si impegna a comunicare la data del parto, se all'interno del periodo del contratto per indennità di maternità.
- che il parto è avvenuto il

A seguito di eventuale instaurazione di rapporto di lavoro durante il periodo di astensione obbligatoria, la sottoscritta si impegna a comunicarlo tempestivamente al Vs. Istituto per l'interruzione dell'indennità di maternità fuori nomina.

Allega:

- certificato medico attestante la data presunta del parto
- autocertificazione di nascita del figlio/a, se non precedentemente allegata.

Si conferma inoltre non avere in corso nessun altra tipologia di rapporto di lavoro, né di aver fatto richiesta per nessun altro tipo di indennità (disoccupazione o altre prestazioni a sostegno del reddito) per il periodo coperto dall' indennità di maternità oggetto di questa richiesta.

Li _____

Firma _____

Note: art. 24 c. 1 (continuazione dopo cessazione Rapporto di Lavoro)