Al Dirigente Scolastico

“ I.C. L. Da Vinci “

42124 Reggio Emilia

Oggetto: **DOMANDA DI INDENNITA’ DI MATERNITA’ FUORI NOMINA.**

La sottoscritta ..........................................................., nata a....................................(….) il ................... residente a.................................... via......................................................n........., in servizio presso codesta Scuola in qualità di ..................................................... . a tempo determinato, con la presente

Chiede

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

Dichiara che in tale periodo non ha alcun rapporto di lavoro.

Dichiara inoltre che la data presunta del parto è il ………………. che il parto è avvenuto il .………..….

Si impegna a comunicare la data del parto **ed eventuale instaurazione di rapporto di lavoro durante il periodo di astensione obbligatoria.**

Allega certificato medico attestante la data presunta del parto

Allega certificato o autocertificazione di nascita della/del bambina/bambino.

Data, ………………………

firma