

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

del Liceo Artistico di Fermo e Porto San Giorgio

Oggetto: **Indennità di maternità fuori nomina**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in servizio presso questo istituto in qualità di (Docente / ATA) \_\_\_\_\_

con contratto a tempo (determinato / indeterminato) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del D.Lgs. 151/2001 – art.24 comma 2 e comma 3 la liquidazione dell'indennità di maternità fuori

nomina dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Dichiaro che in tale periodo non ha alcun rapporto di lavoro
- Dichiaro inoltre che
  - la data presunta del parto è il \_\_\_\_\_
  - 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.

**Si allega:**

- certificato medico attestante la data presunta del parto
- certificato o autocertificazione di nascita del/della figlio/a

Fermo li, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_