

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
