

*Al Dirigente Scolastico
I.T.I. "A. Pacinotti"
Via Appia Lato Itri, 75
04022 Fondi (LT)
e-mail: lttf09000x@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 nella scuola,
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

- Dichiaro inoltre che la data presunta del parto è il
- *oppure*
- 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, autocertificazione di nascita del figlio/a.

Li _____

Firma _____

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