



ISTITUTO COMPRENSIVO E. DE AMICIS

Via delle Tofane, 1 24125 Bergamo– tel. 035/294148 - fax 035/301650

Cod. meccanografico BGIC80700G

e.mail contatti@icdeamicisbergamo.edu.it - www.icdeamicisbergamo.edu.it



Al Dirigente Scolastico

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 _____ al _____

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 / autocertificazione di nascita
della/del bambina/bambino.

Bergamo, _____

firma