

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 _____

Dichiara inoltre che la data presunta del parto è il _____ o che 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)