



Ministero dell'Istruzione  
 Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana  
 Ufficio VII - Ambito territoriale Grosseto



ISTITUTO COMPRENSIVO  
 "Leopoldo II di Lorena"  
 FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533  
 e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

**DOMANDA DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ FUORI NOMINA**

Al Dirigente Scolastico  
 dell'I.C Leopoldo II di Lorena  
 Follonica

La sottoscritta ....., nata a .....(.....)  
 il.....residente a ..... via .....n .....,  
 in servizio presso codesta Scuola in qualità di .....  
 a tempo determinato fino al ....., con la presente

**CHIEDE**

ai sensi del D.Lgs. 151/2001 – art. 24 c. 2 e 3 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/ certificato o autocertificazione di nascita del..... bambino/a.

Data, .....

**FIRMA**

.....

