



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA
Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)
Tel. 0185/92118

geic84300g@istruzione.it geic84300g@pec.istruzione.it
C.F. 90058010100 www.iccicagna.edu.it



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 indeterminato/determinato, con la
presente

Chiede

ai sensi del art. 24 c. 1 D.Lgs. 151/2001 e s.m.i. – 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 della/del bambina/bambino.

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa all'utilizzo dei dati personali da
parte dell'I.C. Cicagna.**

Cicagna _____ -

Firma _____

Note:

art. 24 c. 1 (continuazione dopo cess. Rapp. Lavoro)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO