



Istituto Comprensivo "Paolo Baffi" Broni

Via A. De Gasperi, 16 – 27043 Broni (PV)- Tel. 0385 51033
Codice Fiscale 84000600183 – Codice Mecc. PVIC821006 – Codice Univoco UFYODZ
Sito-Web: www.istitutocomprensivobroni.edu.it
PEO: pvic821006@istruzione.it; PEC: pvic821006@pec.istruzione.it

Al Dirigente scolastico

Dell'IC "Paolo Baffi" Broni

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

Chiede:

ai sensi del D.Lgs. 151/2001 – art. 24 c. 1 la liquidazione dell'indennità di maternità
fuori nominadal

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

Allega certificato o autocertificazione di nascita della/del bambina/bambino.

Data,

firma _____