AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DIREZIONE DIDATTICA DI
ZOLA PREDOSA

Oggetto: pagamento indennità di maternità

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a_____il__/__/__provincia_____ (_____)
residente in_____provincia_____ (_____)
via/piazza_____numero civico
telefono/fax n._____email_____ email/pec_____

avendo prestato servizio in qualità di _____

presso codesta Istituzione Scolastica dal _____al _____,

C H I E D O

il pagamento dell'indennità di maternità per il periodo non coperto da contratto dopo la cessazione

dello stesso a decorrere dal _____al _____per:

_____ complicanze della gestazione

_____ gravidanza

_____ puerperio

poiché dalla conclusione dell'ultimo rapporto di lavoro presso codesta Istituzione Scolastica non sono trascorsi più di 60 giorni, come previsto dal comma 2 lettera a) art. 17 del D.Lgs n. 151 del 2001 e

D I C H I A R O

di non aver richiesto né richiederò il pagamento dell'indennità di maternità ad altri enti (quali INPS ecc…) o ad altri datori di lavoro privati o ad altre scuole.

Mi impegno, inoltre, a comunicare tempestivamente l'accettazione di eventuali altri rapporti di lavoro (presso scuole o altro) o ogni altro cambiamento che possa fare cessare l'erogazione di tale indennità.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta o **presentata via email unitamente a copia fotostatica** di un documento di identità del sottoscrittore e codice fiscale.

Data, _____

Firma

_____

Allega:
- copia domanda inviata all'ispettorato del lavoro
- certificato medico con data presunta del parto
- certificato di nascita del figlio