



ISTITUTO COMPRENSIVO 'G. MARCONI'

Via Guglielmo Marconi, 1  
41013 Castelfranco Emilia - Mo

Tel 059 926254 - fax 059 926148 email: [MOIC825001@istruzione.it](mailto:MOIC825001@istruzione.it)  
<http://www.scuolemarconi.it/>



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(che conferisce la nomina)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e p.c.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(che attualmente gestisce l'indennità di maternità)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** conferimento supplenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, individuata come destinataria del contratto a Tempo Determinato in qualità di  
\_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di accettare la proposta di contratto;
- di trovarsi nel periodo di astensione obbligatoria per maternità a decorrere dal \_\_\_\_\_, oppure di trovarsi in interdizione anticipata per complicità della gestazione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di ricevere l'indennità di maternità per n. \_\_\_\_\_ ore da parte dell'Istituzione Scolastica di \_\_\_\_\_;
- di aver depositato la documentazione originale relativa al congedo di maternità o interdizione anticipata presso tale Istituzione Scolastica.

*L'Istituzione Scolastica che legge per conoscenza corrisponderà alla sottoscritta l'indennità di maternità fino al giorno precedente l'inizio del periodo indicato in oggetto e avrà cura di trasmettere alla Istituzione Scolastica prima nominata la documentazione medica relativa alla maternità.*

Data \_\_\_\_\_

Firma

Recapito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_