

**Istituto "Rocco-Cav.Cinquegrana"**  
Via Don Mazzolari 28 - 81030 Sant'Arpino (Ce)  
Tel. / Fax. 081/8918126 – CEIC89400

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ Pos. \_\_\_\_\_

Riservato all'Ufficio

**Al Dirigente Scolastico**  
**Istituto "Rocco-Cav.Cinquegrana"**  
**Sant'Arpino**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato presso codesto Istituto

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### CHIEDE

**la corresponsione dell'indennità di maternità fuori nomina** ai sensi della normativa vigente dal giorno successivo alla scadenza del contratto fino al termine dell'astensione obbligatoria o comunque fino all'accettazione di un nuovo contratto.

A tal fine comunica di trovarsi in astensione obbligatoria per

- interdizione per complicanze della gestazione
- gravidanza
- puerperio

Data presunta parto: \_\_\_\_\_

Data effettiva parto: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_