

*Al Dirigente Scolastico  
Istituto Superiore Polispecialistico San Paolo  
p.zza della Vittoria, 1 – Sorrento(NA)*

*e-mail: [nais01600p@istruzione.it](mailto:nais01600p@istruzione.it);*

OGGETTO: **DOMANDA DI INDENNITA' DI MATERNITA' FUORI NOMINA DOPO  
CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO**

La sottoscritta .....,  
nata a ..... (.....) il .....  
residente a ..... via..... n .....,  
nominata presso codesto Istituto in qualità di .....  
..... a tempo determinato nell'istituto.....,  
con la presente

**CHIEDE**

ai sensi del D.Lgs. 151/2001 – art. 24 c. 1 (*continuazione dopo cessazione Rapporto di Lavoro*) la liquidazione dell'indennità di maternità fuori nomina dal ..... al .....

Dichiara inoltre che la data presunta del parto è il .....o che il parto è avvenuto il .....

Si impegna:

- a comunicare la data del parto che avvenga durante il periodo del contratto per indennità di maternità,
- a comunicare **eventuale instaurazione di rapporto di lavoro durante il periodo di astensione obbligatoria al fine di interrompere l'indennità di maternità fuori nomina.**

Allega certificato medico attestante la data presunta del parto e, se compresa nel periodo di indennità di maternità fuori nomina, autocertificazione di nascita del figlio/a.

Sorrento, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_