

Sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o malattia superiore a tre giorni
(Personale a tempo indeterminato/determinato)

Al Dirigente scolastico

Oggetto: sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o per malattia superiore ai tre giorni

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ e residente in _____
comune di _____ cap _____ prov. _____
assunto/a a tempo indeterminato/ determinato in qualità di _____
in servizio presso _____

INFORMA

ai sensi dell'art. 13 comma 13 del Ccnl Scuola 2006/2009 che il periodo di ferie dal _____
al _____ compresi è interrotto da malattia o ricovero ospedaliero.

A TAL FINE DICHIARA

di trovarsi, ai sensi del comma 13 art. 13, nella situazione di:
ricovero ospedaliero dal _____ al _____;
malattia documentata dal _____ al _____.

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a
scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90, come integrata dalla L. n. 15/2005.

ALLEGA certificazione medica; certificato ricovero ospedaliero.

Distinti saluti.

Data, _____

Firma
