

FERIE

Sospensione ferie per ricovero ospedaliero o malattia superiore a 3 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 via _____ n. _____
comune di _____ cap _____ prov. _____,
assunto/a a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
in servizio presso _____

INFORMA

ai sensi dell'art. 13, comma 13, 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