

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o per malattia superiore a tre giorni

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ (____) il _____ in servizio presso codesta istituzione
scolastica in qualità di _____ con contratto
a tempo indeterminato/determinato,

INFORMA

ai sensi dell'art. 13, comma 13 CCNL Scuola 2002/2005, che il periodo di ferie dal _____ al
_____ 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 _____

_____ li _____

FIRMA
