

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"CAMPO DEI FIORI" DI COMERIO

Oggetto: *Sospensione delle ferie per ricovero o per malattia superiore ai tre giorni.*

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

INFORMA, ai sensi dell'art. 13 comma 13, CCNL Scuola 2006/2009, che il periodo di ferie
dal _____ al _____ compresi é
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.

ALLEGA certificazione medica - certificato ricovero ospedaliero.

Distinti saluti

Data

Firma