

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

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 \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

assunto/a a tempo determinato in qualità di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

INFORMA, ai sensi dell'art. 13, c. 13 e dell'art. 19 del 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 fruirla, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo /a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90.

Distinti saluti

Data

Firma