

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Sanguinetto

Oggetto: Sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o malattia superiore a tre giorni

l sottoscritt _____ nat_ a _____ il
_____ residente a _____ Via _____
In servizio presso _____ in qualità di _____

INFORMA

ai sensi dell'art.13 c. 13, CCNL Scuola 2006/09, per 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 _____

ALLEGA: certificazione medica;
certificato ricovero ospedaliero

Data, _____

Firma _____