

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.P.I.A "E.Rosa"
SARNANO

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 2006/2009, 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 _____

_____, ____/____/____

FIRMA
