

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

Il /la sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
a _____, residente in _____,
via _____, n _____,
cap _____ prov. _____, assunto/a a tempo determinato/indeterminato in qualità
di _____
in servizio presso _____ I.C.S. di "VIA DE GASPERI" – SEVESO (MB) _____

INFORMA

ai sensi dell'art. n. 19, comma 13 e art. 25 del CCNL SCUOLA 1994/97 che il periodo di ferie dal _____ al _____ compresi è interrotto da malattia o ricovero ospedaliero.

A TAL FINE DICHIARA

Di trovarsi, ai sensi del comma 13 art. 19, 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.

ALLEGA certificazione medica; certificato ricovero ospedaliero.

DATA, _____

FIRMA _____

VISTO : Il Dirigente Scolastico