

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_