

Oggetto: Richiesta di sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o malattia superiore a tre giorni.

Il/la sottoscritt _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato,

C O M U N I C A

ai sensi dell'art. 13, comma 13 del CCNL Scuola 2006/2009, che il periodo di ferie dal _____ al _____ compresi è interrotto da:

- ☐ malattia superiore a tre giorni
- ☐ ricovero ospedaliero.

A tal fine dichiara di trovarsi, ai sensi dell'art. 13, comma 13 del CCNL Scuola 2006/2009, nella situazione di:

- ☐ ricovero ospedaliero dal _____ al _____
- ☐ malattia documentata dal _____ al _____.

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990, come integrata dalla Legge n. 15 dell'11 febbraio 2005.

- ☐ Allega alla presente certificazione medica
- ☐ Allega alla presente certificato ricovero ospedaliero
- ☐ Comunica gli estremi della certificazione trasmessa dal medico del SSN _____.

Cordiali saluti

Data _____

Firma _____