

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "G. GASPARRINI"
MELFI

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

Il/La 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
