

**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 fruirne, 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  
Dott.ssa Piera Leva