

Al Dirigente Scolastico
IC Via De Gasperi –Seveso
Dott.ssa Piera Leva

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