

***Sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero malattia superiore tre giorni***  
*(Personale a tempo determinato)*

Al Dirigente scolastico

**Oggetto:** Sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero malattia superiore tre *giorni*

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a ..... prov. .... residente in ..... via ,.... n, ..... comune di ..... cap.....prov. .... assunto/a a tempo determinato in qualità di ..... *in servizio presso* ..... *INFORMA*, ai sensi dell'art. 13,comma 13, Ccnl Scuola 2002/2005, che il periodo di ferie dal..... al..... compresi, è interrotto da malattia o ricovero ospedaliero  
*A TAL FINE DICHIARA di trovarsi*, ai sensi dell'art. 13,comma 13,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 arti. 2 e 3 della Legge 241/90.

ALLEGA certificazione medica ;certificato ricovero ospedaliero

Distinti saluti  
Data

Firma