**F E R I E**

 **Sospensione ferie per ricovero ospedaliero o malattia superiore a 3 giorni**

 (*Personale a tempo indeterminato/determinato*)

 Al Dirigente Scolastico

 Dell’Istituto Comprensivo

 Rita Levi-Montalcini

 **SAN PIERO PATTI**

**Oggetto: sospensione delle ferie per ricovero ospedaliero o per malattia superiore**

 **ai 3 (tre) giorni.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_e

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_

assunto/a a tempo indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***I N F O R M A***

ai sensi dell’art. 13, comma 13, Cnl Scuola 2006/2009, che il periodo di ferie dal \_\_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_\_\_ compresi è interrotto da malattia / 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In caso di diniego a fruirne, i motivi i servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/ascrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90, come integrata

dalla L. n. 15/2005.

**ALLEGA:** certificazione medica; certificato ricovero ospedaliero

Distinti saluti.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **VISTO:** **Si Autorizza** **Non si autorizza** Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Clotilde Graziano) |