

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale "E. Olmi"  
Via Privata A. Maffucci, 60  
20158 Milano (MI)

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

\_\_l\_\_ 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

\_\_\_\_\_