

OGGETTO: INTERRUZIONE FERIE PER MALATTIA.

Il/la sottoscritto/a _____ nat/a a _____ il _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di: _____ con contratto a tempo:

indeterminato determinato (30/6) determinato (31/8) breve/saltuario

in conformità con la normativa vigente, in caso di malattia o ricovero ospedaliero superiore a 3 gg.:

COMUNICA

Che il periodo di ferie dal dal _____ al _____ è interrotto per:

RICOVERO OSPEDALIERO dal _____ al _____
 MALATTIA DOCUMENTATA dal _____ al _____

Si allega certificato medico

Si allega autocertificazione

N.B. è obbligatorio indicare il recapito se diverso dall'abituale.

Grugliasco _____

Firma _____

Visto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Gian Michele CAVALLO