

OGGETTO: INTERRUZIONE FERIE PER MALATTIA.

Il/La sottoscritt _____

nat_ il _____ a _____ (_____)

in servizio presso questo Istituto nella sede di : GRUGLIASCO COLLEGNO, in qualità

di _____ con contratto a tempo: Indeterminato Determinato (31/08)

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

COMUNICA

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

RICOVERO OSPEDALIERO dal _____ al _____

MALATTIA DOCUMENTATA dal _____ al _____

Si allega certificato medico

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

Grugliasco, _____

Firma _____

=====

Visto
Il Dirigente Scolastico
Prof. Gian Michele CAVALLO