

# SOSPENSIONE FERIE

Art. 37, comma 9, CCRL 2016/2018 - Art. 25, comma 9, CCRL 2002/2005

REGIONE SICILIANA



Assessorato

Dipartimento

Al Servizio/Area

SPAZIO  
RISERVATO AL  
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI DEL  
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

SEDE DI SERVIZIO  
E RUOLO

Assessorato

Dipartimento / Ufficio speciale

Area / Servizio / Ufficio

Ruolo - Indicare se "Comparto" o "Dirigenza"

## CHIEDE

RICHIESTA

la sospensione delle ferie

ai sensi dell'Art. 37, comma 16, CCRL 2016/2018 o dell'Art. 25, comma 9, CCRL 2002/2005

per sopravvenuta malattia protrattasi per più di tre giorni

per ricovero ospedaliero

dal giorno  al giorno  totale giorni

si allega certificato medico o certificato ospedaliero di ricovero

Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e del D. lgs. 101/2018 i dati personali forniti saranno raccolti e trattati anche con l'uso di sistemi informatizzati per l'emanazione dei conseguenziali provvedimenti

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE

Il/la Dirigente dell'Area o del Servizio

Il/la Dirigente Generale