N°_____/200__ R. Ass.

Domanda di modifica della modalità di fruizione dei permessi retribuiti in favore dei lavoratori in situazione di disabilità

(artt. 3, 21 e 33 L.104/1992 e succ. mod. art. 33, comm1 1-2-3- CCNL 2018)

Al Sig. Dirigente Amministrativo del
S E D E

Il/La sottoscritto/a_____, in servizio presso questo Ufficio, con qualifica di _____ ,
Il/la quale già fruisce dei permessi retribuiti con la seguente modalità:

- o tre giorni mensili;
- o 18 ore mensili;
- o due ore giornaliere;

poiché sono sopraggiunte esigenze improvvise e non prevedibili, come da documentazione che si allega ed avendo già usufruito, nel corrente mese, di giorni___/ore____ per un totale di n. _____;

ovvero

poiché intende modificare la modalità di fruizione del permesso a decorrere dal mese di_____,

c h i e d e

di poter fruire dei permessi retribuiti con la seguente modalità:

- o tre giorni mensili;
- o 18 ore mensili;
- o due ore giornaliere
- o _____ (in caso di part-time/contratto a tempo determinato)
- o _____ (nel caso di modifica nel corso del mese)

Sassari, _____

_____

V°, Il Responsabile del Servizio _____

Il Dirigente

letta l'istanza che precede, esaminata la documentazione allegata e ritenendo sussistenti i requisiti di legge,

AUTORIZZA

quanto richiesto

Sassari, _____

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

_____

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo, ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto._____