Permesso retribuito in favore del lavoratore in situazione di disabilità

(art. 33 L.104/1992, modificato dall'art. 24 L. 183/2010 e art. 33, comma 1-2-3-, CCNL 2018)

Al Dirigente _____

S E D E

Il/La sottoscritto/a_____, in servizio presso Codesto Ufficio, con qualifica di _____ ,

essendo stato /a riconosciuto/a disabile in situazione di gravità dalla competente commissione sanitaria,

c h i e d e

di poter fruire dei permessi retribuiti, con la seguente modalità:

- o n 3 giorni mensili,
- o n. 18 ore mensili,
- o n 2 ore,giornaliere.

Allega il verbale della commissione medica , attestante la situazione di disabilità grave, ai sensi dell'art 4, comma 1, L. 104/92.

Si impegna fin d'ora di comunicare mensilmente le assenze per fruire i permessi, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

_____, _____

_____

V°, Il Responsabile del Servizio _____

Il Dirigente

letta l'istanza che precede, e ritenendo sussistenti i requisiti di legge,

AUTORIZZA

quanto richiesto

_____li, _____

IL DIRIGENTE

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.