

Permessi Retribuiti L.104/1992 - D.L. 17/03/2020

COGNOME _____ NOME _____

MATR. _____ IN SERVIZIO PRESSO _____

QUALIFICA _____ TEL.INTERNO _____ TEL. CELLULARE _____

TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO _____

TITOLARE DEI BENEFICI EX ART. 3 COMMA 3 L.104/92 SE MEDESIMO ASSISTENZA FAMILIARE
PORTATORE HANDICAP

CHIEDE

di fruire del congedo retribuito di **dodici giorni** nel mese di _____ / _____ 2020

1°giorno _____ 2°giorno _____ 3°giorno _____ 4°giorno _____

5°giorno _____ 6°giorno _____ 7°giorno _____ 8°giorno _____

9°giorno _____ 10°giorno _____ 11°giorno _____ 12°giorno _____

Data _____

Firma del Richiedente _____

Visto in data _____

Nulla osta

Non si autorizza

IL COORDINATORE

IL DIRIGENTE/ IL RESPONSABILE
(CHE ATTESTA LA COMPATIBILITA' CON LE ESIGENZE DI SERVIZIO)
