

ALLEGATO 1

PERMESSI LEGGE 104/92

COMUNICAZIONE MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVO CALENDARIO

Da prodursi a cura del lavoratore entro il mese precedente a quello di utilizzo dei permessi alla propria funzione di Gestione

Il/La sottoscritto/a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	CODICE FISCALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO (VIA PIAZZA, FRAZIONE)		N. CIVICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE	PROV	CAP	TELEFONO

COMUNICA CHE

In relazione alla domanda INPS deln° di protocollo

con riferimento al mese di dell'anno

- intende fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 secondo il seguente calendario:

In caso di fruizione dei permessi mensili: indicare le date in cui si intende fruire dei permessi con la specificazione, in caso di scelta della modalità frazionata in forma oraria, delle ore in cui si intende prestare assistenza al familiare disabile.

_____ ; _____ ; _____

In caso di fruizione dei permessi orari giornalieri: indicare le ore in cui si intende fruire dei permessi. Qualora non si intenda fruire dei permessi giornalieri negli stessi orari per tutte le giornate lavorative del mese di riferimento, il lavoratore è tenuto anche a specificare i giorni ed i relativi orari di permesso.

Ogni giorno: dalle _____ alle _____ ; dalle _____ alle _____

Nelle seguenti date, _____ : dalle _____ alle _____ ;
dalle _____ alle _____

Data _____

Firma _____

DEL/ DELLA RICHIEDENTE

Firma _____
DEL RESPONSABILE