

FAC- SIMILE RICHIESTA ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

Spett.le Impresa

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome _____		
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Luogo e data di nascita _____		
Indirizzo di residenza _____		
CAP _____	Comune _____	Provincia _____
Telefono _____ e-mail _____		

DICHIARA

- ☐ Che ai sensi dell'art. _____ del CCNL _____ ha superato/o supererà il periodo di comporto ai fini della conservazione del posto di lavoro ¹ in data _____
- ☐ Di essere affetto da _____ con riconoscimento da parte dell'INPS di una invalidità permanente pari o superiore al 50%

CHIEDE

l'autorizzazione ad usufruire del periodo di aspettativa non retribuita ai sensi dell'art. _____ del CCNL ² _____ per n. _____ mesi.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000, ai fini della richiesta sopra esposta

ALLEGA I SEGUENTI CERTIFICATI

1. Documentazione medica comprovante la gravità della patologia
2. Certificato INPS riconoscimento percentuale di invalidità
3. Autorizzazione al trattamento dei dati ai fini privacy (in capo all'impresa)

Luogo e data _____ Firma _____

¹ Indicare l'art 26 nell'ipotesi di applicazione del CCNL Ance o l'art 76 nell'ipotesi di applicazione del CCNL Cooperative o l'art. 30 nell'ipotesi di applicazione del CCNL Artigiani o l'art 26 CCNL Confapi Aniem.

² Indicare l'art 39 nell'ipotesi di applicazione del CCNL ANCE, l'art 76bis nell'ipotesi di applicazione del CCNL Cooperative, ovvero l'art 30 nell'ipotesi di applicazione del CCNL Artigiani o l'art. 40 CCNL Confapi Aniem.