

RICHIESTA GODIMENTO ULTERIORI PERMESSI L.104-DECRETO CURA ITALIA

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____, dipendente della SANITASERVICE ASL BA dal ____/____/____,

matr. n. _____, in applicazione a quanto previsto dall'articolo 24 del DECRETO CURA ITALIA,

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi Legge 104 nei periodi:

dal ____/____/2020 al ____/____/2020;

dal ____/____/2020 al ____/____/2020;

dal ____/____/2020 al ____/____/2020;

dal ____/____/2020 al ____/____/2020;

per il familiare: _____ (C.F. _____)

Luogo e data

Firma del dipendente

Firma del Responsabile Coordinatore aziendale che autorizza la richiesta

ATTENZIONE: la richiesta deve essere compilata a stampatello in maniera leggibile e i codici fiscali devono essere precisi, altrimenti non passeranno all'atto dell'inserimento nel sistema INPS e pertanto tali giornate non potranno essere giustificate secondo quanto richiesto. Sarebbe pertanto consigliabile comunque allegare la fotocopia del codice fiscale del familiare a cui si sta facendo riferendo la propria Lg104.