

Collaboratore

Nome e Cognome

Indirizzo

Città e cap

Datore di Lavoro

Nome e Cognome

Indirizzo

Città e cap

Oggetto; Richiesta esigenza personale

Facendo seguito a quanto già anticipato verbalmente la presente per chiedere di usufruire;

- | | |
|--|---|
| ☐ Ferie | ☐ Permesso non retribuito |
| ☐ Permesso per rinnovo documenti | ☐ Assistenza a familiari |
| ☐ Permesso per visita medica | ☐ Aspettativa non retribuita |
| ☐ Permesso corsi di aggiornamento | ☐ altro _____ |
| ☐ Congedo di maternità/paternità | |
| ☐ Lutto | |

richiede n ____ giorni/ore di permesso con decorrenza dal ____/____/____ al ____/____/____ con rientro in servizio il giorno ____/____/____|

Le richieste di permesso devono essere presentate al datore di lavoro con 2 giorni di anticipo.

Firma in calce per accettazione

Roma li ____/____/____

Firma Collaboratore

la richiesta in oggetto si ritiene;

- ☐ Approvata
☐ Respinta

Firma in calce per accettazione

Roma li ____/____/____

Firma Datore

Annotazioni;

Il seguente modulo verrà trasmesso entro il 30 del mese corrente al fine di indicarne le presenze in busta paga.

Scelta Contabile – 96501780587

Associazione Datoriale di Lavoro Domestico

Via Saluzzo 26 A 00182 Roma – 0694500106

www.sceltafamiglia.com