CAPE | CASSA EDILE BRESCIA | BS00
Via Guglielmo Oberdan 122 - 25128 Brescia
Codice fiscale 80010870170
tel. 030 289061 | fax 030 3756321
mail lavoratori@cassaedilebrescia.it
PEC cassaedilebrescia.BS00@infopec.cassaedile.it
web www.cassaedilebrescia.it

RICHIESTA ASPETTATIVA NON RETRIBUITA PER GRAVI PATOLOGIE - MOD. 3

Spett.le Impresa

_____

IL 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 _____ [1], ha superato o supererà il periodo di comporto ai fini della conservazione del posto di lavoro in data ____/____/_____

☐ di essere affetto dalla seguente patologia: _____
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]

dal ____/____ /_____ al ____/____/_____ (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,
o l'art 76bis nell'ipotesi di applicazione del CCNL Cooperative, o l'art 30 nell'ipotesi di applicazione del CCNL Artigiani, o l'art. 40 CCNL Confapi Aniem.

PER ACCETTAZIONE

Luogo e data _____ Firma e timbro dell'impresa _____