

DECRETO RILANCIO: RICHIESTA PERMESSI AGGIUNTIVI 104.

Modulo da presentare, anche via mail, alla propria funzione di Gestione del Personale per ogni soggetto assistito, portatore di handicap grave.

Spett. Le Poste Italiane S.p.A.
Funzione di Gestione del Personale

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
dipendente di Poste Italiane S.p.A. con matricola _____ in relazione alla domanda di
permessi mensili retribuiti di cui alla Legge n. 104/92 presentata all'INPS prot. n. _____
e finalizzata ad assistere sé stesso/a; il/la proprio/a figlio/a; il/la Sig./ Sig.ra **[indicare nome e grado di parentela]**
_____ C.F. _____

RICHIEDE

di fruire dell'estensione dei permessi ex art. 33 Legge n. 104/92 per ulteriori _____ **[inserire al massimo "12" per il personale Full Time o Part Time "orizzontale"; per il personale Part Time "misto" o "verticale" con riduzione della prestazione lavorativa su base settimanale o mensile e per il personale la cui attività lavorativa sia stata oggetto di sospensione con diritto alle prestazioni del Fondo di Solidarietà, il numero dei permessi aggiuntivi potrà essere oggetto di riproporzionamento; in tal caso, per determinare il numero massimo di giorni spettanti, si invita a contattare la propria funzione di Gestione del Personale]** giornate complessive per i mesi di maggio e giugno 2020, prevista dall'art. 24 del D.L. Cura Italia, come modificato dall'art. 73 del D.L. n. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio.

Nello specifico il/la sottoscritto/dichiara di voler fruire di tale beneficio assentandosi:

- ☐ in modo frazionato, nelle seguenti giornate lavorative **[indicare date ricomprese tra il 19 maggio e il 30 giugno 2020]:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Oppure

RisorseUmaneOrganizzazione

PermessiMensiliAggiuntivi104

Noi di Poste



☐ in modo continuativo, dal _____ al _____ **[conteggiare esclusivamente le giornate lavorative]**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le giornate di permesso sopra richieste hanno il medesimo trattamento economico e normativo dei permessi mensili previsti dalla Legge 104/1992 e, pertanto, dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per la legittima fruizione dei citati permessi a tutela dell'handicap.

In caso di assistenza a figlio portatore di handicap, il /la sottoscritto/a dichiara altresì che l'eventuale fruizione congiunta con l'altro genitore avverrà alternativamente (senza cioè assentarsi nella medesima giornata) e non supererà, nel bimestre maggio - giugno 2020, il limite massimo complessivo di giorni riconosciuto dalle disposizioni di legge sopra richiamate.

Il/La sottoscritto/a è, infine, consapevole che qualora la fruizione dei benefici in argomento risultasse non coerente con le norme vigenti e/o con le eventuali disposizioni che saranno emesse dall'INPS, le assenze fruite dovranno essere giustificate con altro titolo di assenza.

(Luogo)

Firma del richiedente
(riportare per esteso nome e cognome)
Originale firmato

_____/_____/_____
(gg)

(mm)

(aaaa)

RisorseUmaneOrganizzazione

PermessiMensiliAggiuntivi104

NoidiPoste

