



**CITTÀ DI
CASTELVETRANO**

Libero Consorzio Comunale di Trapani

Codice Fiscale 8100121 081 4

Partita I.V.A. 0029648 081 7

Al Responsabile della ___ Direzione Organizzativa

All'Ufficio del Personale
LORO SEDI

Oggetto: Richiesta di Congedo.

l sottoscritt _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____, tel. _____ dipendente
della ___ Direzione di questo Comune

Barrare la casella di appartenenza:

Tempo Indeterminato	Tempo determinato		L.S.U.
	PUC	Contrattisti	

CHIEDE

Alla S. V. Ill.ma giorni/ ore _____ (_____) di congedo come segue:

C. O.		C.C.	C.S.	Malattia	L. 104/92	L. 53/00	Art. 32 CCNL del 21/5/2018	Art. 35 CCNL del 21/5/2018	ALTRO
Anno precedente	Anno corrente								

dal _____ al _____

dalle ore _____ alle ore _____

Castelvetro li _____

Il /la Dipendente

- VISTO
- SI CONCEDE

Il Responsabile U.O.

Il Responsabile della ___ Direzione

Protocollo Generale n° _____ del _____