



Comune di Gravina di Catania

**RICHIESTA DI CONSERVAZIONE DEL
POSTO DI LAVORO**

(ulteriore periodo di assenza per superamento del limite di 18 mesi di malattia retribuita)

Al Servizio del Personale

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
profilo professionale _____ categoria _____
in servizio presso _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato, in regime di tempo pieno/part-time (*) _____

CHIEDE

di potere usufruire del periodo di conservazione del posto di lavoro previsto dall'art. 37, comma 2, del CCNL del 21/05/2018, avendo superato il periodo di diciotto (18) mesi di malattia retribuita.

(*) In caso di rapporto di lavoro part-time specificare tipologia

Data _____

Il/ La dipendente

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è il/la Responsabile del servizio personale. I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla normativa.