

Mitt. _____
Via _____
Città _____

Al datore di lavoro _____

Racc.

Io sottoscritto

occupato a tempo pieno alle sue dipendenze dal con la qualifica di

dichiaro

di avere subito una riduzione della capacità lavorativa a causa degli effetti invalidanti di terapia salvavita, accertata dalla commissione medica competente, come risulta dalla certificazione che si allega alla presente richiesta e pertanto

richiedo

la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale, ai sensi dell'art. 12 bis comma 1 del D. Lgs. 25 febbraio 2000 n. 61.

Resto in attesa di un cortese riscontro, al fine di poter concordare il nuovo orario di lavoro e le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Luogo e data

Firma del lavoratore
