



## COMUNE DI SAVIGLIANO

Al Segretario Generale  
o  
al Responsabile del ..... Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

**OGGETTO:** *richiesta di CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO (ulteriore periodo di assenza per superamento del limite di 18 mesi di malattia retribuita).*

Il/la sottoscritto/a ....., in servizio presso il Comune di Savigliano, con contratto a tempo indeterminato e rapporto di lavoro a tempo pieno / parziale .....% di tipo.....in qualità di ..... categoria ....., .....posizione economica..... Settore .....

### CHIEDE

di poter usufruire del periodo di conservazione del posto di lavoro previsto dall'art. 21, comma 2, del C.C.N.L. del 06.07.1995, avendo superato il periodo di diciotto mesi di malattia retribuita.

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....