

Per presa visione, il Responsabile

ALL. 3

**BANCA DELLE ORE
PERSONALE A TEMPO PARZIALE**

Spettabile
Ufficio Amministrazione del Personale
Via Lorenteggio, 266
Milano

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

C.I.D. in servizio presso
(reperibile nel cedolino paga)

ai sensi del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 31 marzo 2015

CHIEDE

che le eventuali prestazioni aggiuntive all'orario individuale di lavoro nonché le ore di formazione previste dal CCNL fruite oltre l'orario di lavoro individuale vengano:

- riversate in banca delle ore
- o
- retribuite come lavoro supplementare

.....
data

.....
firma

Visto,
il Responsabile della UOG
