

PARMA lì XX/YY/20XY

Spett.le

Ufficio Personale

Bonatti S.p.A.

Il sottoscritto Xyzxyzxyz Xyzxyzxyzx

*Originale per l'Ufficio Personale*

*(NOME E COGNOME)*

***CHIEDE***

di poter usufruire di

n. giorni / ore di ferie

n. ore di permesso retribuito …………………………………………………………………

*EVENTUALE DESCRIZIONE PERMESSI SPECIALI:*

*L.104 - DONAZIONE SANGUE – CONGEDI – ALTRO*

n. giorni / ore di permesso NON retribuito

dalle ore del giorno alle ore del giorno

***Autorizzazione Responsabile Visto Uff. Pers. Firma richiedente***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**