

Domanda di ripristino a tempo pieno

Spettabile

(Società) <sup>1</sup> .....

(struttura di Gestione del Personale) .....

(Via/Piazza etc.) .....

(CAP e Comune) .....

e p.c.

Area di Governo Chief Operating Officer

Costo Lavoro Supporto Area Governance COO

email: coo\_cost\_lav\_sup\_coo.19560@intesasanpaolo.com

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a .....,  
il ....., matricola..... CID ....., in servizio c/o .....,  
con contratto di lavoro part time

avendo accettato, tramite modulo conforme all'allegato C del Protocollo 29 settembre 2020 (si unisce in copia Allegato C già inoltrato) di risolvere consensualmente il rapporto di lavoro in essere con la Società stessa, entro la data fissata dall'Azienda per accedere al "Fondo di Solidarietà per la riconversione e riqualificazione professionale, per il sostegno, dell'occupazione e del reddito del personale del credito"

CHIEDE

in base a quanto contenuto nella "Dichiarazione dell'Azienda" in calce al capitolo 3, lettera h) del Protocollo 29 settembre 2020, il ripristino a tempo pieno del proprio rapporto di lavoro con decorrenza ed effetto dal 1° giorno del mese alla fine del quale sarà risolto il rapporto di lavoro.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Indicare la denominazione della Società datore di lavoro