CITTÀ METROPOLITANA
DI FIRENZE

ALL. A - Disciplinare Permessi e Rimborsi
DELIBERA C.M. N. …. DEL ../../2025

Prot. N°

Firenze, ……...

Alla c.a. *Segretario Generale della C.M. Firenze*

COMPILARE SOLO NEL CASO DI RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE PRIVATO

La/Il sottoscritta/o .....

☐ Consigliera/e della Città Metropolitana di Firenze,

☐ Consigliera/e delegata/o della Città Metropolitana di Firenze,

DICHIARA

di essere dipendente presso la società/ente.....

.....

e che il proprio orario di lavoro è il seguente:

Lunedì	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….
Martedì	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….
Mercoledì	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….
Giovedì	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….
Venerdì	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….
Sabato	dalle ore ……. alle ore …….	e	dalle ore ……. alle ore …….

pari a ore ……. giornaliere per un totale di ore ……. settimanali.

DICHIARA ALTRESÌ

che il tempo medio di percorrenza necessario per recarsi dal luogo di lavoro sito nel comune / frazione

.....

in via .....

alla sede della Città Metropolitana, Via Cavour 1, Firenze, (per una tratta di km. ……..….) corrisponde a ……. minuti all'andata e di ……. minuti al ritorno.

Distinti saluti.

La/Il Consigliera/e

_____