

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI BENEFICI DELLA  
"Banca del Tempo Solidale"**

Spett.le ALIANTE Cooperativa Sociale di Modena, via Salvemini, 12

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_,  
prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_, alle dipendenze di Aliante Cooperativa  
Sociale di Modena, con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato a far data  
dal \_\_\_\_\_ e con inquadramento \_\_\_\_\_, trovandosi nella situazione di  
seguito indicata, con la presente

**CHIEDE**

poter beneficiare di n. \_\_\_\_\_ giorni/ore, nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,  
attingendo dalla "Banca del Tempo Solidale", istituita con Accordo del 21 aprile 2022.

**DICHIARA**

di trovarsi nella/e situazione/i di seguito contrassegnata/e:

- necessità di assistere i figli o il coniuge (o persona parte di unione civile o convivente more uxorio) o un parente di 2° grado gravemente malato *ex lege* 53/2000, a condizione che abbiano esaurito l'intera dotazione di ferie, di ROL e dei permessi per gravi motivi familiari e personali.
- sia affetto da malattia grave certificata e documentata e con periodo di comporta residuo inferiore a 30 giorni;

Modena lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_