Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность и Ф.И.О. работника)

**Заявление**

об установлении сокращенной продолжительности

рабочего времени

В связи с тем что я являюсь инвалидом I (II) группы, что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и в соответствии с абз. 4 ст. 92 Трудового кодекса РФ, прошу установить мне сокращенную продолжительность рабочего времени - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов в неделю, распределив эти часы следующим образом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Документы, подтверждающие инвалидность работника.

 Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)