Генеральному директору

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                          (наименование организации)  
     
                                      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                        (должность, Ф.И.О. сотрудника)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

об установлении сокращенного рабочего времени

В результате прохождения медико-социальной экспертизы я был(а) признан(а) инвалидом II группы со 2-ой степенью ограничения способности к трудовой деятельности.

Прошу Вас в соответствии с Индивидуальной программой реабилитации инвалидов установить мне с 15 мая 2011 г. по 14 мая 2012 г. сокращенную продолжительность рабочего времени – 35 часов в неделю и сокращенную продолжительность ежедневной работы – 7 часов.

Приложения:

1. Справка от 14.05.2011 № 456/мсэ
2. Индивидуальная программа реабилитации инвалида от 14.05.2011 № 456/ип

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата)

Отметка о принятии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата)