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](consultantplus://offline/ref=4833F4B95A219379204D61398A7F689A203D0412713B4EC68F2770E3C464C2427B26548562c656L) 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)