|  |
| --- |
| **Donazione di sangue** |

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

ISTITUTO COMPRENSIVO

DI RIVOLTA D’ADDA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 DOCENTE 🞎 ATA

assunto/a a tempo

🞎 indeterminato 🞎 determinato

in servizio nella scuola 🞎 infanzia 🞎 secondaria 1°grado 🞎 primaria 🞎 ufficio di segreteria

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi dell’art. 15, comma 7, del CCNL Scuola 2006/2009 e dell’art 1 Legge 584/67, di usufruire in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del permesso straordinario retribuito per donatori di sangue.

Porterà la documentazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO: si autorizza/non si autorizza

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

(Prof.ssa Anna Lamberti)