Al Dirigente Scolastico

Dell’I.C “Nino CORTESE”

Casoria (NA)

Oggetto: **Permesso retribuito per donatori di sangue.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo donatore di sangue

**chiede**

ai sensi della legge 4/5/90 n°107 di fruire di un permesso retribuito per l’intera giornata di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per donare gratuitamente il sangue.

Si riserva di presentare il relativo certificato medico.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_