Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di MEDESANO

**Oggetto: richiesta permesso retribuito per donazione sangue**

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

Collaboratore Scolastico Assistente Amministrativo incaricato/a presso l’Istituto Comprensivo di Medesano a tempo indeterminato determinato

chiede

ai sensi della Legge 584/1967 di astenersi dal lavoro per l’intera giornata del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per donare gratuitamente il sangue.

Alla presente allegherà il relativo certificato medico.

Luogo e data

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

Firma

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