

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C.S. "CARDUCCI"
SAN VITTORE OLONA

Oggetto: **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione di sangue

Il/La sottoscritto/a _____

DOCENTE di _____

A.T.A. (qualifica) _____

in servizio presso

S.I.S. "RODARI" S.V.O.

S.E.S. "RODARI" S.G.L.

S.E.S. "CARDUCCI" S.V.O.

S.M.S. "UNGARETTI" S.G.L.

S.M.S. "LEOPARDI" S.V.O.

con contratto a TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO

COMUNICA

di poter usufruire di un giorno di permesso retribuito per donazione di sangue.

Si riserva, di allegare alla presente, entro il giorno successivo, copia della certificazione medica rilasciata dalla struttura presso la quale è stato effettuato il prelievo.

San Vittore Olona, _____
data

firma

VISTO

Il Dirigente Scolastico