Al DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

GIULIANA SALADINO

*Oggetto: permesso straordinario per donatori di sangue*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_, assunto/a a tempo indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*CHIEDE*

ai sensi dell’art. 15, comma 7, del Ccnl Scuola 2006/2009 e dell’art.1 legge 584/67, di usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di permessi straordinari retribuiti per donatori di sangue.

*Il/la sottoscritto/a di avere preventivamente comunicato al collaboratore del DS/responsabile di plesso l’assenza in oggetto tramite:sms/coloquio telefonico ai sensi della circolare n. 4 del 3/9/2015*

*ALLEGA* documentazione

Data Firma

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