

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"C. GUIDI"  
CORIGLIANO CALABRO

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.

ALLEGA documentazione

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_