

Oggetto: RICHIESTA CONGEDO PER PERMESSO DONAZIONE SANGUE

Il sottoscritto/a

(cognome nome)

con qualifica D.S.G.A.  A.A.  C.S.  in servizio presso codesto istituto nel corrente A. S.

contratto a tempo determinato  indeterminato

CHIEDE

alla S. V. di poter usufruire per il periodo

dal

al

per complessivi n°

giorni di congedo per donazione sangue \*

Il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via, n. civico, n. telefonico)

Valfabbrica li

Firma del Dipendente

\* allegare documentazione giustificativa

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003