



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: PERMESSO STRAORDINARIO DONATORI DI SANGUE.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
prov. _____ residente in via _____ comune di _____ cap _____
in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di _____ in qualità
di _____ con contratto a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

alla S.V. ai sensi dell'art.15 comma 7 del Ccnl 2006/09 e dell'art.1 legge 584/67 di usufruire
dal _____ al _____ di permesso retribuito per donatori di sangue.

In caso di diniego fruire, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a
scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della legge 241/90 come integrata dalla legge n. 15/2005.

Allega: documentazione.

Quiliano _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)