

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI VIA SCOPOLI - PAVIA

**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

\_\_\_\_\_