# logo ambito.jpgISTITUTO COMPRENSIVO “*VIA RUGANTINO 91*” – ROMA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mod 19 PERSONALE** | Anno Scolastico  20\_\_/20\_\_ |  | ATA |  | DOCENTE SCUOLA |  | INFANZIA |
| Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | PRIMARIA |
|  | SECONDARIA DI PRIMO GRADO |
| OGGETTO: **permesso straordinario per donatori di sangue** | | | | | | | |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via del Rugantino 91

Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_ nato/a a \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_ (Prov. \_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_ a Tempo Determinato / Indeterminato

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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La veridicità della firma è confermata dall’indirizzo della posta elettronica presente nell’anagrafica della segreteria digitale |