**AL**



**Permesso donatori di sangue**

**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " NR. 6 "**

**SEDE**

**\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto: Permesso donatori di sangue (Personale a tempo indeterminato/determinato).**

**La sottoscritta in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di Docente**

**T.I./T.D.**

**CHIEDE**

**ai sensi dell'art. 15, comma 7, del Ccnl Scuola 2006/2009 e dell'art.1 legge 584/67(così come sostituito dalla Legge 4 Maggio 1990 n. 107) e dell'art. 19 comma 1 per il personale a T.D., di usufruire il giorno di permesso straordinario retribuito per donazione di sangue.**

**Distinti saluti.**

**MODENA,**

**Firma**

*Codice modulo: 023*