

Istituto Comprensivo
S. Pertini
Busto Arsizio

Data ___/___/___

Prot. N° _____ Pos _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"S. Pertini" di Busto Arsizio

l_ sottoscritt _____

in servizio presso il plesso scolastico _____

in qualità di _____ a tempo indeterminato e determinato

CHIEDE

di usufruire, ai sensi della legge 13/07/1967, n. 584 Ministero della P.I. – Circ.
18/04/1977, n. 115, di giorni 1 dal ___/___/___ al ___/___/___ **per donazione sangue.**

Allega certificazione.

Busto Arsizio, _____

firma _____

Visto: Il Direttore Dei Servizi Generali e Amministrativi per il personale ATA _____

Visto : Il coordinatore del plesso per il personale docente _____

ISTITUTO COMPENSIVO "S.PERTINI" Via Rossini n°115 - 21052 BUSTO ARSIZIO
Tel. 0331.683555 Fax 0331.382410 - E-MAIL: VAIC858001@istruzione.it

VISTO: SI CONCEDE

Busto A., ___/___/___

Il Dirigente Scolastico
(Dr.ssa Carla Galletta)