

All'att.ne di
Dirigente Scolastico
IC "Aldo Moro"
Solbiate Olona (Va)

**DONAZIONE SANGUE
RICHIESTA
GIORNATA DI RIPOSO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(provincia____) il _____ in servizio presso questo Istituto Comprensivo in
qualità di _____ con contratto a tempo determinato/ indeterminato, nel plesso
 Secondaria I° grado _____/ Primaria _____/ Infanzia "Andrea Ponti"

CHIEDE

un giorno di riposo in data _____ al fine di effettuare la periodica donazione di
sangue. Il/la sottoscritto/a consegnerà in segreteria la relativa documentazione medica.

*Dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679
(GDPR) consultabili alla voce "Privacy" del sito della scuola www.icmoro.edu.it*

Solbiate Olona, _____

Firma dipendente

il coordinatore di plesso è al corrente

Firma coordinatore

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico Reggente
Prof.ssa Armida Truppi