|  |
| --- |
| Alla Dirigente Scolastica  dell'I.S.I.S “da Vinci – Carli – de Sandrinelli”  Trieste  **Oggetto**: Richiesta concessione giorni di assenza dal servizio  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso l’I.S.I.S. “ L. da Vinci – G.R. Carli – de Sandrinelli”, in qualità di docente  con contratto a □ **Tempo determinato** □ **Tempo indeterminato** |
| **CHIEDE**  Ai sensi della legge 4/5/1990, n° 107 di astenersi dal lavoro per l’intera giornata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per donare gratuitamente il sangue.  Si riserva di presentare il relativo certificato medico. |
| Luogo e data: Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il dipendente   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |