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*](http://www.icmoro.edu.it/)

## Solbiate Olona, Firma dipendente

* il coordinatore di plesso è al corrente Firma coordinatore
* **SI** AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico Reggente

 Prof.ssa Armida Truppi

* **NON** SI AUTORIZZA