



COMUNE DI CELLAMARE
Città Metropolitana di Bari

Piazza Risorgimento 33
Servizio Segreteria – Personale
Tel. 0804657920-21

Al Responsabile del _____ Settore

SEDE

Oggetto: Permesso retribuito per donazione sangue.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente in
_____, dipendente di questa Amministrazione, con profilo
professionale di _____, categoria _____,

COMUNICA

di assentarsi dal servizio per donazione di sangue per il giorno _____.

Il/la sottoscritto si impegna a consegnare la relativa certificazione.

Cellamare, _____

FIRMA

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA

Data, _____

Il Responsabile del Settore