

Modulo 2: permesso retribuito per approfondimento compatibilità

Spett.le Azienda

Oggetto: **Richiesta permesso retribuito ai sensi dell'art.5, comma 1°, lett.b), della legge 52/2001.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
e residente a _____ via _____ n. _____ dipendente di
codesta Azienda, con la qualifica di _____, iscritto nel Registro regionale
dei donatori di midollo osseo, chiede n. ____ (_____) giorni / ore di permesso
retribuito per il tempo occorrente all'espletamento dei prelievi, finalizzati
all'approfondimento della compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di midollo
osseo. (1)

La presente richiesta viene formulata ai sensi dell'art.5, 1° comma, lett.b), della legge 6 marzo
2001, n.52, avente ad oggetto "*Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di
midollo osseo*".

Il/La sottoscritto/a si riserva di documentare all'ufficio personale di codesta Azienda apposita
certificazione comprovante i prelievi effettuati.

Data,

Firma

(1) Allegare convocazione scritta del Responsabile del Registro regionale o del CD.

