

Modulo 4: permesso retribuito per la donazione

Spett.le Azienda

Oggetto: **Richiesta permesso retribuito ai sensi dell'art.5, comma 2°, della legge 52/2001.**

Il/La sottoscritto/a _____ nat

il _____ a _____ e

residente a _____ via _____ n. _____

dipendente di codesta Azienda, con la qualifica di _____,

essendo stata riscontrata la sua compatibilità con un paziente in attesa di trapianto di midollo osseo e dovendosi recare il giorno _____ presso l'Ospedale _____

di _____ per la donazione delle cellule staminali emopoietiche, chiede n. _____ (_____) giorni di permesso retribuito per le giornate necessarie al prelievo del sangue midollare.(1)

La presente richiesta viene formula ai sensi del primo comma dell'art.5, 2° comma, della legge 6 marzo 2001,n.52, avente ad oggetto "*Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo*".

La certificazione relativa alla donazione sarà trasmessa a codesta Azienda da parte dell'Azienda ospedaliera dove sarà effettuato il prelievo del midollo osseo.

Il/La sottoscritto/a si riserva di presentare all'ufficio personale di codesta Azienda ulteriore richiesta di permesso retribuito, corredata da certificazione medica relativa alle giornate di riposo, successive alla donazione, finalizzate al completo ripristino del proprio stato fisico.

Data,

Firma

(1) Allegare convocazione scritta del Responsabile del Registro regionale o della struttura dove sarà effettuato il prelievo del sangue midollare.