

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
osseo¹.

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 eventuale convocazione scritta del Responsabile del Registro regionale.