

**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 \_\_\_\_\_ nato/a 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  
ricoverare il giorno \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ per essere sottoposto all'espianto del midollo osseo, chiede  
n. \_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) giorni di permesso retribuito per le giornate di degenza  
ospedaliera necessarie al prelievo del sangue midollare<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> Allegare eventuale convocazione scritta del Responsabile del Registro regionale o della struttura dove sarà effettuato il prelievo del sangue midollare.