IL SOTTOSCRITTO ……………….………………………………. CID……………….. applicato presso …………… CHIEDE DI USUFRUIRE DI UN GIORNO

 DI PERMESSO RETRIBUITO PER DONAZIONE SANGUE PER IL ……………….

LUOGO ,

DATA e FIRMA

Per presa visione

Il Responsabile del Centro/Dir. UP

………………………….