

**DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE DONATORE DI SANGUE**

\_\_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)

NAT \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ OCCUPATO PRESSO LA CASSA DI RISPARMIO  
DI PARMA E PIACENZA UFFICIO/DIPENDENZA \_\_\_\_\_

DICHIARA DI AVER DONATO GRATUITAMENTE IL PROPRIO SANGUE IN DATA  
\_\_\_\_\_ ED HA GODUTO DELL'INTERA GIORNATA LAVORATIVA  
PARI AD ORE 7,30 E DELLA RELATIVA RETRIBUZIONE PARI A € \_\_\_\_\_  
(Riservato Uff. Personale)

Qualifica \_\_\_\_\_  
(Riservato all'Ufficio Personale)

DATA \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

-----  
**COMPILARE NEL CASO NON SI USUFRUISCA DELL'INTERA GIORNATA DI RIPOSO COMPENSATIVO PER LA DONAZIONE**

I \_\_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ RINUNCIA AD  
USUFRUIRE DELL'INTERA GIORNATA DI RIPOSO E RIENTRA SPONTANEAMENTE  
AL LAVORO ALLE ORE \_\_\_\_\_.

DATA \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**SI PREGA DI RESTITUIRLO COMPILATO E FIRMATO  
ALL'UFFICIO AMMINISTRAZIONE PERSONALE.**