

**AL DIRETTORE DELLA UOC POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO FORLANINI DOTT.SSA FRANCESCA PUGLIA**

OGGETTO: Domanda per la concessione dei permessi studio (150 ore).

__I sottoscritt__ _____ nat_ a _____ in
data _____ residente in Via _____ C.A.P. _____,
città _____ cell. _____ mail _____ matr
_____ in servizio presso _____ con la qualifica
di _____ a tempo: *(barrare la voce di interesse)*

- Indeterminato
- Determinato con scadenza il _____

Ed a tempo: *(barrare la voce di interesse)*

- Pieno
- Part Time *(indicare percentuale)* _____

CHIEDE

di usufruire, relativamente all'anno 2025, ai sensi dell'art. 62 CCNL Comparto Sanità 2019/2021, dei permessi per il diritto allo studio (150 ore) per la partecipazione a corsi, svolti anche in via telematica, destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI, PENALI E DISCIPLINARI NEL CASO DI DICHIARAZIONI FALSE E DELLA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI - ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e smi.

DICHIARA

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000 E S.M.I. SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di essere iscritta/o - di iscriversi al seguente corso di studi *(indicare la denominazione precisa del corso)*:

_____ in
presso l'Istituto _____
Via/Piazza _____,
n. _____, CAP _____

- Di essere iscritta/o - di iscriversi all'anno di corso: _____

Per gli studenti universitari e post-universitari:

- Durata legale del corso di studi: _____

- In Corso/Fuori Corso *(barrare la voce di interesse)*

- Ultimo anno di corso/fuori corso: SI/NO *(barrare la voce di interesse)*

- Di aver superato gli esami previsti dai programmi degli anni precedenti: SI/NO *(barrare la voce di interesse)*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A È CONSAPEVOLE CHE LE DOMANDE INCOMPLETE O PRIVE DELLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE.

DICHIARA ALTRESI' DI ESPRIMERE CON LA PRESENTE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI E LA LORO TRASMISSIONE AGLI ENTI ISTITUZIONALI PREPOSTI ALLA TRATTAZIONE DELLA MATERIA (DLGS. 196/03 E S.M.I.)

Data _____

FIRMA _____