

Al Commissario Straordinario
A.O. di COSENZA

Oggetto: **Domanda per la fruizione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio.**

N.150 ore per l'anno _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____), il _____

residente in _____

via _____ n. _____

in servizio a tempo indeterminato presso l'Unità Operativa _____

con il profilo professionale _____

telefono interno _____ telefono cell. _____

indirizzo posta elettronica _____

con contratto di lavoro A TEMPO PIENO

con contratto di lavoro A TEMPO PARZIALE (percentuale _____)

CHIEDE

di poter usufruire per l'anno scolastico/accademico in oggetto dei permessi retribuiti per il diritto allo studio (n.150 ore) di cui all'art.48 del C.C.N.L. Comparto Sanità del 21/05/2018 per il conseguimento del seguente titolo di studio:

- LICENZA DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE
- LAUREA (vecchio ordinamento)
- LAUREA TRIENNALE
- LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE
- MASTER DI PRIMO LIVELLO
- MASTER DI SECONDO LIVELLO
- CORSO DI PERFEZIONAMENTO

presso (Istituto, Università degli Studi) _____

facoltà _____

con sede in _____ Prov. _____

via _____ n. _____

recapito telefonico della segreteria _____

indirizzo e.mail _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, delle sanzioni penali previste dall'art.75 del D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto stabilito dall'art.76 del D.P.R. medesimo, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

che la durata legale del corso di studio è di _____ anni;

di aver iniziato tale percorso formativo nell'anno _____ ;

di essere iscritto/a per l'anno scolastico / accademico in oggetto:

- al _____ anno regolare;
- di aver già beneficiato di tali permessi per lo stesso corso;
- di non aver già beneficiato di tali permessi per lo stesso corso;
- di richiedere le ore di permesso per lo svolgimento del tirocinio obbligatorio previsto per il conseguimento del titolo di studio sopra indicato, che si svolgerà presso l'Ente di seguito indicato (denominazione completa di indirizzo e recapito telefonico):

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che l'Azienda ha redatto apposito regolamento per la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio;

- di essere a conoscenza che, ferme restando le responsabilità penali e disciplinari in caso di false dichiarazioni, l'accertato utilizzo non corretto del beneficio concesso comporterà la revoca del beneficio ed i permessi già utilizzati verranno considerati come aspettativa senza assegni per motivi personali, ferie o riposi compensativi di lavoro straordinario già effettuato

PRENDE ATTO

che i dati personali sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati ai sensi di quanto disposto dalla Legge 196/2003 e che la comunicazione dei predetti dati ha natura di onere al fine di poter beneficiare dell'istituto in oggetto.

A TALE FINE ALLEGA (documentazione obbligatoria)

Certificato di iscrizione per l'anno scolastico/accademico in oggetto

Luogo e data _____
