MODELLO RICHIESTA "150 ORE" DIRITTO ALLO STUDIO

Il/la sottoscritto/a_____ matricola _____

nato/a _____ il _____ e residente a

_____ via _____ n. _____

in servizio, a tempo:

- o Indeterminato
- o Determinato – indicare la durata _____

presso la Struttura/Servizio/Ufficio _____

del Presidio/Struttura Territoriale di _____

con la qualifica di _____

- o Tempo pieno
- o Tempo parziale _____ %

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal Codice penale e dalle leggi speciali che statuiscono in materia (Artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

DICHIARA

di essere iscritto alla frequenza del

- o Corso di laurea triennale _____
- o Corso di laurea specialistica/magistrale _____
- o Corso di laurea specialistica a ciclo unico _____
- o Master di I Livello/Master II Livello _____
- o Tirocinio: _____
- o Altro _____

Presso la Scuola/Università/Università Telematica (*) _____

_____ Facoltà: _____

Totale anni di corso_____ Anno di corso frequentato: _____

Frequenza dei corsi:

- Telematica
- In presenza

Di aver già beneficiato in precedenza di tali permessi negli anni _____/_____/_____

- per lo stesso corso ____
- per altro corsi _____

Nota (*): Il dipendente iscritto presso Università Telematica dovrà produrre idonea certificazione atta a dimostrare che i corsi telematici e la relativa frequenza coincidano necessariamente con l'orario del proprio turno di lavoro.

e pertanto C H I E D E

presa visione delle norme che regolano il diritto allo studio (art. 62 CCNL 2019/2021 del CCNL Comparto Sanità), **di poter usufruire dei permessi studio retribuiti "150 ore" per l'anno 2023**.

A tal fine **allega originale (o auto-dichiara, ex art. 76 DPR 445 del 28/12/2000) il relativo certificato di iscrizione**, in carta libera.

Per giustificare l'assenza dal servizio il dipendente si impegna inoltre a produrre l'attestato di partecipazione dal quale risulti la frequenza alle lezioni.

Per il sostenimento degli esami (anche in caso di esito negativo) produce l'attestato o l'autocertificazione (art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000) nella quale dovranno essere indicati tutti gli elementi utili all'Amministrazione per poter effettuare i controlli (art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000).

Il/la dipendente

Data _____/_____/_____ _____

Firma leggibile

Visto per presa visione
(dal Responsabile del Servizio di appartenenza/Coordinatore infermieristico)

Data _____/_____/_____ _____

Firma leggibile