AL RESPONSABILE DEL
SERVIZIO RISORSE UMANE
ASL SANLURI
S E D E

DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE)
ANNO ACCADEMICO SCOLASTICO 2017/2018

__L__ sottoscritt_____ nat__ a _____

il_____, residente a _____, in via _____ n. ____,

dipendente di questa Azienda il qualità di _____, con rapporto di

lavoro a _____in servizio presso _____,

recapito telefonico_____ e mail_____

presa visione dell'avviso interno

C H I E D E

Di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 22 del C.C.N.L. del 20/09/2001, integrativo del Personale del Comparto Sanità stipulato il 04/04/1999, relativi al "diritto allo studio" (150 ore), per la frequenza del corso di studi di seguito specificato, relativo all'anno scolastico/accademico 2017/2018. (allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione di avvenuta iscrizione)

_____, _____
(corso) (anno di frequenza)

_____
(scuola/istituto/università)

_____, _____
(sede) (via/piazza)

Servizio Risorse Umane
Via Ungaretti n.9
09025 – Sanluri
Tel 070 9384321 – 0709384214
Fax 070-9384328

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ Di essere iscritto al _____ anno del corso di studi _____ della durata complessiva di _____anni, per il coseguimento del seguente titolo di studio_____;
- ☐ Di fequentare il corso_____;
- ☐ Di non aver mai usufruito dei permessi per il diritto allo studio;
- ☐ Di avere usufruito dei permessi per il diritto allo studio nei precedenti anni _____per i seguenti corsi_____.

__l__ sottoscritt__ si impegna a fornire ogni notizia utile ai fini dei necessari controlli al termine dell'anno di concessione.

__l__ sottoscritt__ è consapevole che

- i permessi verrano concessi solo per la frequenza ai corsi e per l'espletamento degli esami e non per le attività di studio;
- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi o esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR n. 445/2000);
- qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni prodotte decade dai benefici concessi;
- __l__ sottoscritt__, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., autorizza l'amministrazione ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento di cui alla presente domanda.

_____ lì_____

_____
(firma del richiedente)

Servizio Risorse Umane
Via Ungaretti n.9
09025 – Sanluri
Tel 070 9384321 – 0709384214
Fax 070-9384328