

I sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ e residente in _____ Via _____ tel. _____
dipendente a tempo indeterminato di questa ASL con il profilo professionale di _____ - qualifica
_____ matricola n. _____ e rapporto di lavoro Tempo pieno Part-time _____ %
presso l' Unità Operativa _____
recapito per comunicazioni _____ tel. _____,

CHIEDE

di poter beneficiare delle 150 ore per il diritto allo studio (art. 22, C.C.N.L. integrativo del C.C.N.L. del comparto sanità stipulato in data 20/09/2001), per l'anno scolastico/accademico _____, per la frequenza

- Scuola di Istruzione sec. I grado
 Scuola di Istruzione sec. II grado
 Corso Universitario di II Livello
 Corso Post – Universitario

presso _____ di cui allega alla
presente

- certificato di iscrizione
 dichiarazione sostitutiva di atto notorio;

A conoscenza delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, a tal fine

DICHIARA:

- che la durata del corso è di anni _____ e di essere iscritto per l'anno _____ per la prima volta al _____
anno del corso medesimo, ovvero _____ (*precisare anno di corso frequentato*);
 che il suddetto corso ha inizio il ____/____/_____ e termina il ____/____/_____;
 che nell'anno precedente **ha fruito** delle 150 ore
per frequentare _____

ovvero

- che nell'anno precedente **non ha fruito** delle 150 ore
 di aver superato tutti gli esami previsti dai programmi di studio relativi all'anno precedente e precisamente n.____
(*precisare numero esami*)
 di non aver superato tutti gli esami previsti dai programmi di studio relativi all'anno precedente e di aver sostenuto n°
esami _____ su un totale di n° _____ previsti dai programmi di studio.
 di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi potrà avvenire soltanto qualora sussista coincidenza tra l'orario di
svolgimento delle lezioni e l'orario di servizio.

Data, _____

Il Dipendente
