

OGGETTO: Richiesta permessi retribuiti per 150 ore di diritto allo studio (art. 48 C.C.N.L. integrativo 2016/2018 – Comparto Sanità). ANNO SOLARE

Al Direttore del Dipartimento Risorse Umane

PER IL TRAMITE del
UFFICIO DI APPARTENENZA

La/il sottoscritta nata/o a
il residente in Telefono
MAIL..... dipendente
di ruolo / incaricato a tempo determinato /** di questa
Azienda con la qualifica di matricola in
servizio presso l'U. O. del

C H I E D E

ai sensi dell'art. 48 del C.C.N.L. integrativo 2016/2018 Comparto Sanità, l'autorizzazione a fruire dei permessi retribuiti per 150 ore di diritto allo studio, per l'anno solare _____ *

Al fine **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. u. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

di essere iscritto al corso di
..... Matricola **Presso Scuola/**
Istituto/ Università con sede in

La/il sottoscritta/o dichiara altresì di:

non avere richiesto, nel precedente anno, il medesimo beneficio;

di avere richiesto, nel precedente anno, il medesimo beneficio e di essere stato autorizzato con provvedimento n. _____ del _____ e di avere prodotto la documentazione giustificativa dei permessi fruiti al responsabile dell'Ufficio cui lo stesso è assegnato.

Si allega: - copia del documento di identità in corso di validità;
- Certificato di iscrizione / bollettino di pagamento tassa di iscrizione / certificazione di frequenza

Data _____

La/Il dichiarante

(firma)

Parere favorevole del Responsabile dell'U.O.

(timbro e firma leggibile)

* N.B. indicare l'**ANNO SOLARE** per la fruizione dei permessi e non l'anno accademico o di durata del corso

** Specificare il tipo di contratto e depennare le voci non corrispondenti