

(scrivere stampatello)

ALLA U.O.C. RISORSE UMANE

RICHIESTA BENEFICIO DIRITTO ALLO STUDIO ANNO 2025
Art.62 CCNL 2019-2021 Personale Comparto Sanità

Il/la sottoscritto/amatr.....

nato/a ila.....cell.....

in servizio c/o UOC/UOSD

(Direttore/Responsabile.....)

con la qualifica di

- Tempo Indeterminato
- Rapporto di lavoro a tempo pieno a Rapporto di lavoro Part-time.%
- Tempo Determinato per il periodo dalal.....

CHIEDE

Di poter fruire nell'anno 2025 dei permessi retribuiti (massimo 150 ore nell'anno solare) previsti dalla normativa contrattuale del Personale del Comparto, per frequentare il Corso di seguito indicato, nonché per sostenere i relativi esami;

Il/la medesimo/a, consapevole delle conseguenze civili e penali nel caso di dichiarazioni mendaci e uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n.445 del 28.12.2000

DICHIARA

Ai sensi degli art.46 e 47 del predetto DPR n.445/2000 e s.m.i.

- Di essere iscritto al Corso
- presso la Scuola/Istituto/Facoltà o altro.....
-

(Specificare se Istituto Pubblico o Parificato. Sono esclusi dal beneficio i dipendenti iscritti a Istituti Privati)

- che detto corso ha una durata legale di n.....anni
- che l'anno di corso (1^o-2^o-3^o ...ecc.) che lo/a scrivente deve frequentare nell'anno 2025 è il.....anno o il.....anno fuori corso;
- che per detto corso ha già fruito dei permessi retribuiti in oggetto;
- non ha mai fruito dei permessi retribuiti in oggetto;
- che ha fruito dei permessi retribuiti in precedenti anni per altri corsi;

che, in quanto trattasi di iscrizione ad anni successivi al primo di corso universitario o post universitario, dichiara di:

- Aver sostenuto gli esami relativi agli anni precedenti;

- Non aver sostenuto gli esami relativi agli anni precedenti;

Il/La medesimo/a è consapevole che, qualora risulti beneficiario dei permessi in oggetto, per poter usufruire degli stessi dovrà presentare la documentazione comprovante la frequenza delle lezioni e l'attestazione degli esami sostenuti (anche con esito negativo).

Al fine di ottenere quanto richiesto:

- Allega copia del certificato di iscrizione al corso o copia del bollettino di pagamento ovvero l'autocertificazione sostitutiva di atto di notorietà, resa con le formalità previste dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000, che deve recare tutte le informazioni contenute nel certificato di iscrizione che sostituisce (qualora si alleggi autocertificazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 46 D.P.R. 445/2000 si sarà ammessi al beneficio con riserva; per il godimento del beneficio, nel caso che si rientri nella disponibilità, individuata nel limite massimo previsto dall'art. 62 del CCNL 2019-2021 Comparto Sanità, il certificato di iscrizione al corso o copia del bollettino di pagamento dovranno pervenire all'Amministrazione entro il 15 gennaio 2025);
- Allega piano di studio del corso con gli esami previsti annualmente;
- Allega copia della certificazione attestante gli esami sostenuti nell'anno precedente a quello della domanda in oggetto;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata all'indirizzo:

e-mail.....

Dichiara di essere consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 dovrà rispondere in caso di dichiarazioni false e mendaci.

Dichiara infine di esprimere con la presente il consenso all'utilizzo dei propri dati e la loro trasmissione agli uffici istituzionali preposti alla trattazione della materia (D.lgs n.196/2003 e GDPR UE 2016/679)

Data _____

Firma del Dipendente
