



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
OSPEDALI CIVICO, DI CRISTINA, BENFRATELLI
PALERMO**

**Al Direttore Generale
S e d e**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in servizio a tempo indeterminato con la qualifica di :

_____ cat. _____

Matic.

con rapporto di lavoro a :

tempo indeterminato tempo determinato in comando

tempo pieno

tempo parziale al _____ % con orario di lavoro articolato : _____

c/o l'U.O. _____

Ospedale _____ - nn. di telefono/cellulare : _____

_____ ;
(inserire tutti i numeri telefonici casa-lavoro-cellulare disponibili)

CHIEDE

di usufruire nell'anno solare **2020**, dei permessi retribuiti per motivi di studio, ai sensi dell'art. 48 del C.C.N.L. del Comparto 2016 - 2018, nella misura massima di 150 ore *annue* (*in caso di part-time verticale sono ridotte proporzionalmente, per il personale a tempo determinato di durata non inferiore a mesi sei il numero delle ore viene riproporzionato alla durata temporale, nell'anno solare di riferimento, del contratto a tempo determinato stipulato*) per il conseguimento del seguente titolo di studio:

(indicare e compilare dell'elencazione che segue solo la tipologia del corso di studio che si intende frequentare per l'anno 2019)

o **Corso di laurea triennale** 1° - 2° - 3° anno / F.C. anno ____

Università di _____ /

Facoltà di _____

Sede _____

On line la frequenza avverrà _____

• **Corso di laurea specialistica/magistrale** 1° - 2° / F.C. anno _____

in _____

Università di _____

Facoltà di _____

Sede _____

On line la frequenza avverrà _____

o **Corso di laurea magistrale a ciclo unico**

1° - 2° - 3° - 4° - 5° - 6° / F.C. anno _____

in _____

Università di _____

Facoltà di _____

Sede _____

o **Corso di Perfezionamento post laurea** in _____

Università di _____

Facoltà di _____

durata legale del corso di studi: n. anni _____ - anno di frequenza _____

o **Master di primo livello**

o **Master di secondo livello**

in _____

presso Università di _____

durata del corso: n. anni _____ - anno di frequenza _____

o **Altro Corso** _____
(tipo e denominazione del corso)

Presso struttura pubblica _____
(denominazione della struttura)

Presso struttura privata _____
(denominazione della struttura)

durata del corso: n. anni _____ iscritto/volersi iscrivere per l'anno 2020 al _____ anno

eventuale n. mesi _____*

(* in caso di durata del corso inferiore all'anno, indicare il numero di mesi)

previsto test di iniziale d'entrata SI NO

previsto esame di profitto finale SI NO



A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

1. di confermare, nel caso di preventivo esame di ammissione alla Scuola/Università, l'iscrizione successivamente al superamento di detto esame ;
2. di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti ;
3. di dover superare ancora alcuni esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti ;
4. di aver superato gli esami nell'anno precedente e successivamente allegati/dichiarati;
5. di aver già beneficiato in precedenza di tali permessi per n. volte _____;
6. di non aver mai beneficiato in passato di tali permessi ;
7. di essere a conoscenza che i suddetti permessi possono essere fruiti solo per la frequenza delle lezioni e per la partecipazione a quelle attività propedeutiche alla tesi di laurea e che comunque dovranno essere documentate. L'accertato utilizzo non corretto del beneficio concesso comporterà la revoca del beneficio e il conseguente recupero delle ore tramite trattenuta stipendiale.
8. sottoscritt dichiara di essere a conoscenza delle norme che regolano la materia e riportate nell'Avviso diramato dall'Amministrazione), in particolare nel caso di accoglimento della domanda, **di essere tenuto a presentare all'amministrazione idonea certificazione in ordine all'iscrizione e frequenza alle scuole o ai corsi, nonché agli esami finali sostenuti.** In mancanza della predetta certificazione i permessi già utilizzati verranno considerati come aspettativa per motivi personali.

Si allegano:

- certificato di iscrizione o dichiarazione sostitutiva;
- certificato degli esami sostenuti o dichiarazione sostitutiva;
e/o
- Dichiarazione di riserva presentazione certificato di iscrizione. (allegata alla domanda).

Palermo, _____

FIRMA

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 30 giugno 2003, n.196; i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'A.R.N.A.S. di Palermo, titolare del trattamento.



DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a _____

matricola _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

in _____

in merito alla richiesta dei **permessi delle 150 ore** -

essendo a conoscenza che in caso di non presentazione della certificazione/dichiarazione sostitutiva richiesta a supporto della domanda di richiesta dei permessi delle 150 ore per motivi di studio, l'Amministrazione ha l'obbligo di provvedere alla revoca del beneficio eventualmente ottenuto,

DICHIARO

di riservarmi la presentazione del certificato di iscrizione al Corso di Studio o dichiarazione sostitutiva di certificazione per il quale ho presentato istanza di fruizione dei permessi per motivi di studio (150 ore), appena otterrò la relativa iscrizione.

data _____

