

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO RODOLICO SAN MARCO
CATANIA**

**AVVISO RELATIVO ALLA FRUIZIONE DEI PERMESSI PER DIRITTO ALLO STUDIO RIVOLTO
AL PERSONALE DI QUESTA AZIENDA DELL'AREA DEL COMPARTO**

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la delibera n. **2438** del **20 NOV 2023** con la quale è stato approvato il presente avviso

RENDE NOTO

Che è stata avviata la procedura di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 62 del CCNL del 02/11/2022 del comparto Sanità, finalizzata alla concessione dei permessi concessi per il diritto allo studio (n. 150 ore), relativo all'anno 2024, al personale a tempo indeterminato e determinato (con incarico di durata non inferiore a sei mesi continuativi) dell'area del Comparto.

I dipendenti interessati alla fruizione dei permessi concessi per il diritto allo studio devono presentare domanda, redatta in carta semplice, secondo lo schema (all. A) del presente avviso, con allegata autocertificazione di iscrizione al corso oggetto della richiesta.

La domanda, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Rodolico - San Marco" di Catania, deve essere inviata a mezzo PEC, in file formato PDF, all'indirizzo protocollo@pec.policlinico.unict.it entro il termine di 15 (quindici) giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale alla sezione "avvisi" e nelle news del sito intranet. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Ai sensi dell'art. 62, comma 1, del CCNL del 02/11/2022 del comparto Sanità, il numero dei dipendenti ammessi a beneficiare del "diritto allo studio" non potrà superare il limite massimo del 3% delle unità del personale del comparto in servizio a tempo indeterminato al 1° gennaio 2024.

Ai dipendenti iscritti a corsi universitari con lo specifico status di studente a tempo parziale, i permessi per motivi di studio sono concessi in misura ridotta, in proporzione al rapporto tra la durata ordinaria del corso di laurea rispetto a quella stabilita per il medesimo corso per lo studente a tempo parziale.

Qualora le richieste, pervenute nei termini di scadenza sopra indicati, superi il sopraccitato contingente, i beneficiari dei permessi di che trattasi verranno individuati secondo un ordine di priorità nel rispetto dei criteri stabiliti dai commi 6,7 e 8 dell'art. 62 del CCNL del Comparto Sanità sottoscritto il 02/11/2022. Le richieste che non siano state accettate a causa del superamento del contingente di cui al sopra citato comma 1, se reputate idonee al riconoscimento del beneficio, potranno essere accolte nel corso dell'anno solare nell'eventuale caso di dipendenti rinunciatari secondo l'ordine di priorità e nel rispetto del contingente sopradetto. Gli eventuali dipendenti rinunciatari al monte ore di cui beneficiano, dovranno dare tempestiva comunicazione all'Azienda.

Nell'ipotesi in cui, entro il termine previsto per la presentazione delle istanze, non si raggiunga il contingente, si procederà fino ad esaurimento dello stesso, ad accogliere le domande presentate oltre termine, previa verifica dell'ammissibilità delle stesse, secondo l'ordine cronologico di presentazione.

Catania

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Gaetano Sirna)



All. A

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO RODOLICO SAN MARCO
CATANIA

Oggetto: **Domanda per la fruizione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio.**
N.150 ore per l'anno _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____), il _____
residente in _____
via _____ n. _____
in servizio a t. indeterminato t. determinato presso l'Unità Operativa _____
_____ diretta da _____
con il profilo professionale _____
 t. pieno/ part-time _____ % (indicare percentuale)
telefono cell. _____
indirizzo e.mail _____

CHIEDE

di poter usufruire per l'anno scolastico/accademico in oggetto dei permessi retribuiti per il diritto allo studio (n.150 ore) di cui all'art.62 del C.C.N.L. del 02/11/2022, per il conseguimento del seguente titolo di studio:

- DIPLOMA DI MATURITA' _____ (specificare anno)
- LAUREA (ciclo unico) 1° anno 2° anno 3° anno 4° anno 5° anno
- LAUREA TRIENNALE 1° anno 2° anno 3° anno
- LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE 1° anno 2° anno
- MASTER DI PRIMO LIVELLO durata anni1 durata anni 2
indicare se per tale master è previsto tirocinio SI NO
- MASTER DI SECONDO LIVELLO durata anni1 durata anni 2
indicare se per tale master è previsto tirocinio SI NO
- CORSO DI PERFEZIONAMENTO
- _____

presso (Istituto, Università degli Studi) _____
facoltà _____
con sede in _____ Prov. _____

Si allega dichiarazione sostitutiva di iscrizione al corso di studi (*documentazione obbligatoria*)

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____), il _____
residente in _____
via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, delle sanzioni penali previste dall'art.75 del D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto stabilito dall'art.76 del D.P.R. medesimo, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

di essere iscritto/a per l'anno scolastico / accademico 2023-2024

studente iscritto con status di studente a tempo parziale SI NO

- al corso di studio _____
_____ anno regolare, _____ fuori corso
- di aver già beneficiato nell'anno solare 2023 di tali permessi per lo stesso corso
 per corso di studi diverso _____
- di non aver già beneficiato di tali permessi per lo stesso corso;
- che la durata del corso è di anni _____ e di essere iscritto per l'anno 2023/2024 per la prima volta al _____ del corso medesimo, ovvero _____
- che il suddetto corso inizia il _____ e termina il _____
- di aver superato tutti gli esami previsti dal programma di studi dell'anno precedente
 SI NO, o aver superato n. esami _____ su un totale di n. _____ previsti
- di richiedere le ore di permesso per lo svolgimento del tirocinio obbligatorio previsto per il conseguimento del titolo di studio sopra indicato _____

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che, ferme restando le responsabilità penali e disciplinari in caso di false dichiarazioni, l'accertato utilizzo non corretto del beneficio concesso comporterà la revoca del beneficio ed i permessi già utilizzati verranno considerati come aspettativa senza assegni per motivi personali, ferie o riposi compensativi di lavoro straordinario già effettuato

PRENDE ATTO

che i dati personali sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati ai sensi di quanto disposto dalla Legge 196/2003 e che la comunicazione dei predetti dati ha natura di onere al fine di poter beneficiare dell'istituto in oggetto.

Luogo e data _____

Firma