

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 LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA:**

- dichiarazione sostitutiva di iscrizione al corso di studi;
- certificazione di iscrizione/versamento tasse

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma