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 (C.U.) ○ 1° anno ○ 2° anno ○ 3° anno ○ 4° anno ○ 5° anno ○ 6° 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
- copia fotostatica di valido documento di identità

Luogo e data _____

_____
Firma

DICHIARARAZIONE 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 2026-2027

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 2026 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 2026/2027 per la 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