



Al Direttore UOC
Gestione Risorse Umane
A.O.R.N. dei Colli di Napoli
Pec ospedalideicolli@pec.it

E pc

Al Direttore/Responsabile UOC/UOSD

E-mail _____

Oggetto: Domanda di concessione permessi retribuiti per il Diritto allo Studio a.s. 2027, nella misura massima di 150 ore, 62 del CCNL Comparto Sanità 2019 - 2021 stipulato il 02 Novembre 2022

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ prov. _____ il _____, codice fiscale _____, dipendente di Questa Azienda Ospedaliera con matr. _____, in servizio presso la UO _____, contatto telefonico U.O. _____; contatto telefonico personale _____, a conoscenza delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 del DPR 445/00), con la presente

CHIEDE

di poter beneficiare del diritto allo studio nella misura massima individuale di 150 ore (art.62 del CCNL 2019- 2021 Comparto Sanità) usufruibili nell'anno solare 2027 per la frequenza del relativo corso di studi, per lezioni o attività didattiche che si svolgono in ore coincidenti con il proprio turno o orario di lavoro.

A tal fine, il/la sottoscritto/a sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di essere lavoratore dipendente dell'Azienda Ospedaliera dei Colli ed afferente ai ruoli di comparto, con la qualifica di _____, liv/cat

B	C	D
---	---	---

dell'area (barrare l'opzione):

Sanitaria

Tecnica

Professionale

Amministrativa

- di essere iscritto per la _____ volta al _____ anno del seguente corso di studi:

scuola media

superiore

Laurea Triennale

Laurea Magistrale

Master I Livello

Master II Livello

Altro _____

con la denominazione:

_____ presso _____ con _____ sede
in _____ prov _____ via _____
pec _____;

di essere lavoratore dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato;

di essere lavoratore dipendente con contratto di lavoro a tempo determinato della durata di mesi ____ a decorre dal ____/____/____ e fino al ____/____/____ (inclusa eventuale proroga già siglata);

di **non aver** già chiesto ed ottenuto da altro Ente e/o Amministrazione il medesimo beneficio per l'a.s. in corso;

di essere studente universitario o post-universitario, e di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti (allegare documentazione specifica);

di essere studente universitario o post-universitario, e di **NON** aver completato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti quello di iscrizione;

- di frequentare per la 1 volta al succitato corso di studi con durata minima di anni 2;

di frequentare per la 1 volta il penultimo anno del succitato corso di studi con durata minima di anni 3;

- di essere nello status di Studente a Tempo Parziale;

di non aver mai usufruito dei permessi per la stessa tipologia di corso;

di aver già usufruito dei permessi per il medesimo corso negli anni:
_____ (Indicare i periodi _____);

- che il corso sarà frequentato secondo la seguente modalità (barrare l'opzione):

in presenza, presso la sede dell'istituzione formativa;

in modalità telematica, mediante piattaforma di formazione a distanza con lezioni live;

in modalità mista, con parte delle attività didattiche svolte in presenza e parte mediante modalità telematica;

in modalità asincronica, con collegamento streaming on-demand/podcast.

Dichiara inoltre di accettare integralmente quanto stabilito nel bando di partecipazione e di essere consapevole che tale beneficio verrà concesso a seguito di apposita disposizione successiva alla relativa istruttoria.

Sono altresì consapevole che, qualora il numero di richiedenti dovesse superare il 3% del personale dipendente verrà stilata apposita graduatoria secondo ordine di priorità stabilito dal succitato CCNL.

Si allega la relativa certificazione di iscrizione, copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso _____