



"AZIENDA OSPEDALIERA  
SPECIALISTICA DEI COLLI"  
Monaldi - Cotugno - C.T.O.

Al Direttore della UOC Gestione Risorse Umane  
A.O.R.N. dei Colli di Napoli  
Via L. Bianchi snc  
80131 Napoli (NA)  
Pec ospedalideicolli@pec.it

Oggetto: Domanda di concessione permessi retribuiti per il Diritto allo Studio a.s. 2024, nella misura massima di 150 ore, ai sensi dell'art.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

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 stipulato in data 02/11/2022), usufruibili nell' anno solare \_\_\_\_\_, per la frequenza del relativo corso di studi.

#### DICHIARA

di essere lavoratore dipendente dell'Azienda Ospedaliera dei Colli ed afferente ai ruoli di comparto, con la qualifica di \_\_\_\_\_, liv/cat **(A) (B) (C) (D)**

dell'area: 

Sanitaria	Tecnica	Professionale	Amministrativa
-----------	---------	---------------	----------------

matricola \_\_\_\_\_; in servizio presso \_\_\_\_\_

UO / Servizio di Afferenza

di essere iscritto per l'a.a. 2023/2024 per la \_\_\_\_\_ volta al \_\_\_\_\_ anno del seguente corso di studi :

scuola media superiore	Laurea Triennale	Laurea Magistrale	Master I Liv	Master II Liv	Altro _____
------------------------	------------------	-------------------	--------------	---------------	-------------

con la denominazione: \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Denominazione Università/Scuola/Istituto

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'as in corso;
- ☐ di essere studente universitario o post-universitari, e di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti; (allegare documentazione specifica)
- ☐ di essere studente universitario o post-universitari, e di **NON** aver completato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti quello di iscrizione;
- ☐ di frequentare per la 1 volta l'ultimo anno del 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.

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 di comparto con contratto di lavoro a tempo indeterminato computato ad inizio dell'anno solare di riferimento, 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 ed il nullaosta del Responsabile di U.O./Servizio di appartenenza.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per esteso

