



AL DIRETTORE
DELL' AREA VASTA N. 2
VIA TURATI N. 51
FABRIANO

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente a tempo indeterminato - Area Comparto
- di questa Area Vasta n. 2 con il profilo professionale di _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a
_____. via _____ tel _____
in servizio presso la U.O. _____ sede di _____

- a tempo pieno
 a tempo parziale per n. ____ ore settimanali

CHIEDE

di poter usufruire di permessi retribuiti per diritto allo studio, ai sensi dell'art. 22 del C.C.N.L. Integrativo del 7/4/1999 Comparto Sanità sottoscritto in data 20.09.2001, per l'anno 2015.

A tale scopo

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato DPR

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

di essere iscritto/a per l'anno 2015 al seguente corso di studio/laurea:

- Corso di studio in _____ la cui durata è _____
(indicare la durata legale del corso) presso
l'istituto _____ di _____.
- Corso di laurea universitario in _____ la cui durata è _____
(indicare la durata legale del corso) presso l'istituto
_____ di _____.
- Corso post universitario in _____ la cui durata è _____
(indicare la durata legale del corso) presso l'istituto
_____ di _____.

Dichiara, inoltre:

- di frequentare l'anno di corso di cui sopra per la prima volta e di essere regolarmente iscritto;
 (per gli studenti universitari e post-universitari) di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti e, quindi, di non essere studente fuori corso;
 di non aver usufruito negli anni precedenti di permessi retribuiti per diritto allo studio per frequentare lo stesso corso;
 di aver usufruito di tali permessi per frequentare lo stesso corso nei seguenti anni. _____;
 di **ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA copia fotostatica (fronte/retro) di documento di identità in corso di validità.**

Fabriano, _____

(Firma) _____

VISTO PER PRESA VISIONE

(Il Responsabile della struttura sede di lavoro del dipendente)