

RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO

ANNO SCOLASTICO / ACCADEMICO 2024 / 2025

All'ASL Sulcis Iglesiente

Via Dalmazia n. 83

09013 Carbonia

Il/la sottoscritt _____, nat _____ il _____ a _____ (prov _____) e residente
in _____ Via _____ c.a.p. _____, Tel/cell _____
e-mail _____ dipendente a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ di questa ASL Sulcis
Iglesiente con il profilo professionale di _____ - qualifica _____, ruolo _____ matr.
_____ e con rapporto di lavoro:

☐ a tempo pieno ☐ Part-time _____ %

presso il Servizio / Reparto _____ della ASL Sulcis Iglesiente, visto l'avviso e il
regolamento per il diritto allo studio.

CHIEDE

di poter beneficiare delle 150 ore di permesso retribuito per il diritto allo studio (art. 62 del CCNL comparto sanità 2019 – 2021), per
l'anno scolastico accademico 2024 – 2025 per la frequenza del corso

di _____

c/o _____

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

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

- Che la durata del corso è di anni _____ e di essere iscritto, nell'anno 2024 / 2025 al _____ del corso medesimo, per
la prima volta ovvero _____;
- che il suddetto corso ha inizio (anche presunto) il ____/____/____ e termina il (anche presunto) ____/____/____;
- che trattasi di corso di:

Scuola di istruzione secondaria di I grado	<input type="checkbox"/>
Scuola di istruzione secondaria di II grado	<input type="checkbox"/>
Corso Universitario I livello	<input type="checkbox"/>
Corso universitario II livello	<input type="checkbox"/>
Corso post Universitario I livello	<input type="checkbox"/>
Corso post Universitario II livello	<input type="checkbox"/>
Laurea specialistica	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>

- e che pertanto chiede di usufruire dei permessi retribuiti dal ____/____/____ al ____/____/____;

- che, nell'A.S. / A.A. 2024 / 2025, ha usufruito delle 150 ore (☐SI ☐NO) per frequentare _____

- che nel precedente anno accademico ha sostenuto i seguenti esami

- di aver superato gli esami previsti dai programmi di studio relativi agli anni precedenti ☐SI ☐NO;
- di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi potrà avvenire soltanto qualora sussista coincidenza tra l'orario di svolgimento delle lezioni e l'orario di servizio.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole del fatto che **in caso di mancata concessione dei permessi in argomento, le ore utilizzate anticipatamente alla concessione verranno considerate come aspettativa per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi per straordinario già effettuato.**

Si chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga inviata al seguente recapito:

Nome _____ Cognome _____
Tel/cell _____ e mail _____

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora l'ASL Sulcis Iglesiente, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato che, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa secondo quanto stabilito dal D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii.

Data _____ Firma _____

Allega alla presente

- ☐ Fotocopia del documento d'identità personale in corso di validità;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione al corso
- ☐ Certificato di iscrizione al corso di studi, **solo se tenuto da istituto privato.**

N.B. l'art. 15 della legge n. 183/2011 ha modificato la disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenute nel D.P.R. 445/2000 prevedendo che a decorrere dal 01/01/2012 le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, le istanze e le certificazioni sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 D.P.R. 445/2000. Conseguentemente, dalla data sopraindicata, le pubbliche amministrazioni NON POSSONO più accettarli né richiederli.

Data _____ Firma _____