

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
FOGGIA**

OGGETTO: permessi per il diritto allo studio (150 ore)

Il/la sottoscritt_ _____
nat_ il _____ a _____
residente a _____ Via _____ n. _____
dipendente a tempo **indeterminato** in qualità di _____
in servizio presso _____
Tel. lavoro _____ Cell. _____
con rapporto di lavoro: tempo pieno part-time _____ %
(indicare la percentuale)
iscritto al:

(precisare il tipo di corso)

(Scuola, Istituto, Università di . . .)

CHIEDE

a norma delle disposizioni vigenti, secondo quanto riportato nell'avviso prot. n. 0079964-13 del 28/08/2013 il beneficio delle 150 ore di permesso retribuito per diritto allo studio per la frequenza al corso citato.

DICHIARA

- che la durata del corso è di anni _____
 - di essere iscritto per l'anno 2013/2014 per la prima volta al _____ anno del corso medesimo, ovvero _____
 - che lo/la stesso/a, per la frequenza a tale corso, ha fruito nell'anno 2012/2013 del beneficio delle 150 ore di permesso retribuito per diritto allo studio;
 - di aver sostenuto i seguenti esami, anche con esito negativo:
- _____

(DATA)

(FIRMA)

IL DIRIGENTE

(TIMBRO E FIRMA)

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- 1) Autocertificazione iscrizione al corso;**
- 2) Fotocopia documento d'identità.**

Inviare il modulo a:

Sig.ra CARMONE

MANFREDONIA

(Tel. - Fax 0884/510412)