

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
F O G G I A**

**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. 0071689 del 01/09/2014 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 2014/2015 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 2013/2014 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

Scadenza presentazione domanda  
31/10/2014

\_\_\_\_\_  
(TIMBRO E FIRMA)

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- 1) **Certificato di iscrizione al corso o autocert.;**
- 2) **Fotocopia documento d'identità.**

Inviare il modulo a:  
 Sig.ra CARMONE  
 MANFREDONIA  
 (Tel. - Fax 0884/510412)