

**EGR. SIG.
DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
"OSPEDALI RIUNITI"
FOGGIA**

Oggetto: concessione permessi retribuiti ex art. 48 del CCNL del Personale
del Comparto Sanità stipulato il 21 maggio 2018.
(diritto allo studio)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ alla
via _____ Tel. _____, dipendente di codesta Azienda con
profilo professionale di _____ ed in servizio presso la
Struttura di _____ a direzione _____, chiede
la concessione dei permessi indicati in oggetto, nella misura massima di centocinquanta ore,
per l'anno scolastico/accademico 2019-2020 e per la frequenza:

- a) del _____ anno di scuola secondaria di primo grado presso l'Istituto
_____ di _____;
- b) del _____ anno di scuola secondaria di secondo grado presso l'Istituto
_____ di _____;
- c) dell'ultimo anno del corso di laurea in _____ della Facoltà di
_____ dell'Università degli Studi di _____;
- d) del _____ anno/fuori corso del corso di laurea in _____ della Facoltà
di _____ dell'Università degli Studi di _____;
- e) del _____ anno del Master di I livello/II livello in _____ presso
l'Università degli Studi di _____;
- f) _____.

Allega alla presente:

- certificato di iscrizione (1);
- piano di studi individuale (per gli studenti universitari) (1);
- certificazione del superamento degli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti (1).

Foggia,

(firma)

1) In caso di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione), questa dovrà essere resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, sotto propria responsabilità nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art 76 dello stesso DPR per chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso. All'istanza contenente l'autocertificazione dovrà essere allegata una fotocopia non autenticata del documento di identità.

