



RICHIESTA PERMESSO DI STUDIO "utilizzo 150 ore"

Mod P4

All'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

V.le Repubblica, 88 - 27058 Voghera

Data / /

luogo

Il/la sottoscritto/a matricola.....

Nato/a provincia (o stato estero) il

residente a via..... n.....

dipendente di codesta Azienda Socio Sanitaria Territoriale (Dipartimento/U.O./Servizio/Stabilimento Ospedaliero)

con profilo professionale/qualifica..... con rapporto di lavoro a:

- checkbox tempo indeterminato, checkbox tempo determinato dal... con prevista scadenza al..., checkbox tempo pieno, checkbox tempo parziale a n. ore settimanali...

rilascia la presente dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali che statuiscono in materia (Artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Dichiara di essere iscritto alla frequenza del

checkbox Corso:

checkbox Tirocinio:

anno scolastico che si svolgerà dal al presso la

Scuola/Università/Università Telematica(*).....

Facoltà.....

Città..... Via..... n.....

n. tel. Segreteria.....

PEC.....@.....mail.....@.....

e pertanto CHIEDE di poter usufruire dei permessi di studio retribuiti (c.d. 150 ore studio, art. 62 del C.C.N.L. 2 novembre 2022)

- checkbox Allega fotocopia documento d'identità.

Il dipendente è tenuto, senza ulteriori sollecitazioni, a comunicare all'ASST di Pavia, eventuali variazioni in ordine alla suindicata richiesta.

Nota (*): Il dipendente iscritto presso Università Telematica dovrà auto-dichiarare l'avvenuto collegamento in orario di lavoro, condizione necessaria per usufruire delle 150 ore studio.

Firma del Richiedente

Visto si esprime parere favorevole alla concessione dei permessi di studio per la frequenza al corso sopra menzionato

Firma del Responsabile