

**AL DIRETTORE GENERALE
ASL OGLIASTRA**

Il/la sottoscritto/a _____ n. matricola _____
nato/a _____ il _____, dipendente di questa amministrazione con
rapporto a tempo pieno /parziale (con attività al _____) e a tempo indeterminato /
determinato (scadenza il _____), in servizio presso _____ con
profilo professionale _____, tel. _____ mail aziendale
_____.

CHIEDE

di poter fruire, per l'anno solare 2024, dei permessi retribuiti per diritto allo studio, nella misura massima di 150
ore, per la frequenza del seguente corso di studi:

_____ presso l'Istituto/Università _____
con sede in _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR
445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto/a, per l'anno scolastico/ accademico 2023/24, per la _____ volta al _____
anno del corso di _____ studi _____;

che il corso ha durata ordinaria di anni _____;

(N.B. compilare soltanto nel caso di iscrizione a tempo parziale) di essere iscritto al corso in qualità
di studente a tempo parziale e la durata del corso è stabilita in anni _____;

che nell'anno 2023 ha fruito dei permessi per la frequenza dello stesso corso: sì no

di aver superato gli esami previsti per l'anno precedente: sì no

di essere a conoscenza che i permessi potranno essere fruiti solo se l'orario delle lezioni coincide con
l'orario di servizio.

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

luogo e data

firma