ASLOgliastra
Azienda socio-sanitaria locale

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 2025, 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 2024/25, 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 2024 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