

(Allegato "A")

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale (ASP)
Via Torraca – Potenza

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il

_____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ in Via _____

_____, tel./cell. n. _____

C H I E D E

di poter usufruire nell'anno 2019 dei permessi retribuiti nella misura massima di 150 ore individuali, ai sensi dell'art. 48 del CCNL Comparto Sanità 2016/2018 sottoscritto in data 21/05/2018.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità, dichiara:

- Nome _____ Cognome _____;
- di essere nato/a _____ (Prov. _____)
il _____;
- di essere dipendente di questa Azienda in servizio nel profilo di:

_____ presso la **U.O./U.O.C./U.O.S.D/ Servizio /Settore**

_____ del **P.O./Dipartimento/Distretto**
di _____,

con rapporto di lavoro: ☐ **a tempo pieno** ☐ **parte - time**;

☐ **a tempo indeterminato** ☐ **a tempo determinato**

- di essere iscritto al ¹:

¹ Indicare il corso che si intende frequentare, denominazione e sede dell'istituzione.

- ☐ di **non aver mai fruito** dei permessi per studio negli anni precedenti;
- ☐ di **aver fruito** dei permessi per studio negli anni precedenti;
- ☐ di impegnarsi a presentare all'Ufficio Personale di competenza ed al responsabile del procedimento, al termine dell'anno scolastico/corso, la documentazione finale richiesta.

Alla presente si allega:

- ☐ certificato comprovante l'iscrizione
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e Data

Firma (*leggibile*)
