



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 7 CARBONIA

05 DIC 2016

**AL PERSONALE DIPENDENTE
AREA COMPARTO**

A V V I S O

Con la presente si avvisano tutti i dipendenti interessati che sono aperti i termini per la presentazione delle domande finalizzati alla concessione di permessi retribuiti per motivi di studio nella misura di **150** ore per l'anno scolastico/accademico **2016/2017**.

Il personale dipendente che, intende usufruire dei permessi, deve presentare apposita domanda, utilizzando l'apposita modulistica allegata al presente avviso, (modulo di domanda, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che comprovi l'avvenuta iscrizione), entro e non oltre trenta giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito Aziendale.

Si precisa che i permessi di cui sopra sono concessi per la frequenza ad istituti scolastici e corsi, secondo i criteri e con le modalità meglio precisate nel relativo Regolamento approvato con Deliberazione n. 2006 del 9 dicembre 2014.

Si rammenta che è possibile scaricare la modulistica dal sito web **.www.aslcarbonia.it**

Il Commissario Straordinario
Dott. Antonio Onnis





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 7 CARBONIA

**ALLA DIREZIONE DEL PERSONALE
SEDE**

OGGETTO : DIRITTO ALLO STUDIO

La/ il sottoscritto/a.....matricola
nato/ail.....dip.te della ASL n° 7 di
..... in qualità dicon contratto a
tempo indeterminato, di tipo: Full-time par-time al% in servizio presso
la U.O./ServizioTel.

CHIEDE

Di usufruire dei permessi retribuiti previsti dall' art. 22 CCNL 98/01 relativi al diritto allo studio per la
partecipazione al conseguimento di :.....
.....

Consapevole dalle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché delle
sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del
D.P.R.. n.445/00.

DICHIARA

Di essere iscritto/a alanno del corso di studi

della durata complessivo di anni presso.....

.....tel.....

scuola media inferiore superiore laurea triennale laurea specialistica. corso post-laurea

laurea nuovo ordinamento

avere non avere richiesto la discussione della tesi

avere non avere superato tutti gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti

di avere già usufruito per tale corso dei permessi in oggetto: si no

indicare n° anni in posizione di fuori corso

n° complessivo di ore dell'intero corso di master di coordinamento delle professioni sanitarie ____

specificare se trattasi di master on -line

se il corso ha durata pluriennale:

n° complessivo di ore del 1° anno

n°complessivo di ore del 2° anno

n°complessivo di ore del 3° anno

Data inizio delle lezioni.....

Firma dell'interessato/a

-
- 1) qualora per ragioni dipendenti da esigenze organizzative del corso(ad es. superamento di eventuali esami di ammissione) non sia possibile , alla data del attestazione di iscrizione allo stesso, sarà sufficiente far pervenire la domanda riservandosi di presentare appena possibile la relativa iscrizione.
 - 2) Riportare l'esatta denominazione del corso di al quale si è iscritti.
 - 3) Indicare l'esatta denominazione dell'istituzione scolastica frequentata (scuola, Università, corso cc.) con il relativo indirizzo cui inviare eventuali richieste di conferma delle dichiarazioni rilasciate.

