

(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.re n. _____

C H I E D E

Di poter usufruire, nell'anno 2014, dei permessi retribuiti nella misura massima di 150 ore annue individuali, ai sensi dell'art. 22 del CCNL - Comparto Sanità integrativo sottoscritto in data 20.9.2001.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale prevista 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 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., dichiara:

- di chiamarsi _____ ;
- di essere nato/a _____ (Prov. _____)
il _____ ;
- di essere in servizio, **a tempo indeterminato**, in qualità di _____

presso la **U.O./Servizio /Settore** _____

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

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

- di essere iscritto al ¹:

¹ Indicare il corso che si intende frequentare, denominazione e sede dell'istituzione con le precisazioni necessarie a determinare eventualmente l'ordine di priorità previsto dall'art. 22 , commi 4, 5 e 6 del C.C.N.L integrativo del CCNL del personale del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999.

- ☐ 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 o la dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- ☐ richiesta di ammissione al corso, riservandosi di integrare la documentazione entro 10 giorni dall'avvenuta ammissione.

Luogo e Data

Firma (*leggibile*)
