



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROT. N. 60848 del 25 GIU. 2025

A tutto il Personale
mediante pubblicazione sul sito internet aziendale

Oggetto: Chiarimenti in merito ai permessi retribuiti di 150 ore per il diritto allo studio.

In riferimento alla concessione dei permessi retribuiti, nella misura massima di 150 ore, per l'esercizio del diritto allo studio di cui all'art. 62 del CCNL Comparto Sanità vigente, si precisa che, così come stabilito nel bando di avviso interno indetto con D.D.G. n. 51 del 23/01/2025, i predetti permessi *"non potranno essere fruiti se l'organizzazione dei corsi consente la frequenza in orario non coincidente con lo svolgimento dell'attività lavorativa, né per seguire corsi di studio tenuti al di fuori dell'orario di servizio"*.

La precisazione contenuta nell'avviso, resasi necessaria in ragione del sempre più frequente utilizzo di strumenti partecipativi telematici, fa diretta applicazione di precisi orientamenti dell'A.Ra.N., che ha ammesso la fruizione dei permessi retribuiti – come in generale per le altre tipologie di permessi – solo nei casi in cui le lezioni o le sessioni di esame coincidano con l'orario di lavoro.

La fruizione dei permessi per il diritto allo studio, pertanto, non deve essere ascrivibile a scelte discrezionali del dipendente (come avviene per quelle lezioni che possono essere seguite in cd. modalità asincrona) ma alla necessaria coincidenza delle lezioni con gli orari in cui deve essere resa la prestazione lavorativa (cd. modalità sincrona).

Pertanto, al fine di dare concreta applicazione a quanto sopra, si comunica che i titolari del diritto ai permessi retribuiti dovranno, al fine di giustificare l'assenza, produrre apposita certificazione rilasciata dall'Ente formatore che attesti che la partecipazione/frequenza allo specifico corso, svolgendosi in modalità sincrona, è avvenuta in determinati orari (che debbono essere necessariamente coincidenti con quelli nei quali era previsto lo svolgimento della prestazione lavorativa); in alternativa il fruitore dovrà compilare apposita autocertificazione – il cui modello viene allegato alla presente – alla quale potranno seguire le opportune verifiche da parte della Azienda.

Si coglie l'occasione per rappresentare che la stessa A.Ra.N., con parere 25021 (ex CSAN63), ha chiarito la circostanza per cui i permessi retribuiti possono essere utilizzati esclusivamente per la frequenza (anche solo telematica) delle lezioni dei corsi e per sostenere i relativi esami e non anche per impegni diversi che il corso di studi può comportare; tampoco, non possono essere fruiti per la partecipazione ai tirocini formativi ancorché necessari al conseguimento del titolo di studio. Tanto, peraltro, con invito ai Dirigenti a voler agevolare pienamente la partecipazione ai tirocini stessi, in via di diretta applicazione del comma 10 dello stesso art. 62 sopra richiamato, che così dispone:

"10. Nel caso in cui il conseguimento del titolo preveda l'esercizio di un tirocinio, l'azienda o ente potrà valutare con il dipendente, nel rispetto delle incompatibilità e delle esigenze di servizio, modalità di articolazione della prestazione lavorativa che facilitino il conseguimento del titolo stesso."

Il Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo R.U.
Antonio Pedota

Il Direttore Generale f.f.
Pierluigi Giugliucci

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente in _____ alla Via _____ n. _____,
in relazione ai permessi fruiti a titolo di diritto allo studio/150 ore,
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di **aver svolto in modalità sincrona** i seguenti corsi:

CORSO	DATA	ORARIO

I corsi sono stati tenuti da¹ _____, con
sede in _____ alla via _____,
PEC: _____

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali
forniti con la presente dichiarazione.

Data _____

Firma

(Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è sottoscritta dall'interessato
in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un
documento di identità del sottoscrittore.)

¹ (indicare la denominazione dell'Istituto)