

AL DIRETTORE GENERALE ASL 1 DI SASSARI

LI/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Matricola \_\_\_\_\_)  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dipendente a tempo pieno/parziale e a tempo  
indeterminato/determinato (cancellare la voce che non ricorre), in servizio presso  
\_\_\_\_\_, nel profilo professionale  
\_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_, mail aziendale  
\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di poter fruire, nell'anno solare 2024, 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 cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiera, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere iscritto/a, per l'anno scolastico / accademico 2023/24, 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 2023 ha \_\_\_\_\_ (indicare sì o no) fruito dei permessi per la frequenza dello stesso corso;
- di \_\_\_\_\_ (indicare sì o no) aver superato gli esami previsti per l'anno precedente;
- 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