

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