

**Al Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione**

**PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO (150 ore) - ANNO 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
matricola n. \_\_\_\_\_, dipendente del G.O.M. in servizio presso \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro:

- a tempo indeterminato;
- a tempo determinato con decorrenza dal \_\_\_\_\_ e scadenza il \_\_\_\_\_;
- a tempo pieno;
- a tempo parziale per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

**CHIEDE**

di poter beneficiare dei permessi retribuiti per diritto allo studio, di cui all'art. 62 del C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/2021.

A tal fine, con la presente, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere iscritto per l'anno Scolastico/Accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno del corso di studi \_\_\_\_\_
- della Scuola/Facoltà di \_\_\_\_\_
- presso l'Istituto/Università di \_\_\_\_\_
- durata legale del corso \_\_\_\_\_
- di aver/non aver beneficiato dei permessi retribuiti per diritto allo studio nello scorso anno

Allega a tal fine:

- il certificato d'iscrizione (se non in possesso allegare autocertificazione);
- documento di riconoscimento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)