

La/Il sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Strada \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

(cellulare)

dipendente nel profilo professionale (Comparto) \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato/determinato (di durata non inferiore ai 6 mesi, comprensivi anche di eventuali proroghe)

con contratto  a tempo pieno /  a tempo parziale \_\_\_\_\_ %

in servizio presso \_\_\_\_\_

(Dipartimento/U.O./Struttura di appartenenza)

tel. interno \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO,  
AI SENSI DELL'ART. 48 DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE STIPULATO IL 21.05.2018.

In qualità di dipendente della seguente amministrazione:

- ≤ Azienda USL di Bologna
- ≤ Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico di S. Orsola
- ≤ Istituto Ortopedico Rizzoli
- ≤ Azienda USL di Imola

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. N. 47 DPR. 28.12.2000 N.445)

A tal fine, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ,

### DICHIARA

- di essere iscritto /  di iscriversi nell'anno 2021 al \_\_\_\_\_ anno di corso  
(indicare l'anno di corso a cui si è iscritti o a cui si intende iscriversi)
- di essere iscritto nel percorso a tempo parziale (*da barrare solo in caso di iscrizioni con scelta del prolungamento della durata degli studi*)
- di essere  in corso /  fuori corso (*può richiedersi per una sola volta*) del percorso di studio, per il conseguimento di:
  - Diploma di Scuola media superiore \_\_\_\_\_  
presso il seguente Istituto \_\_\_\_\_
  - Laurea Magistrale a Ciclo Unico \_\_\_\_\_  
presso la seguente Università \_\_\_\_\_
  - Laurea \_\_\_\_\_  
presso la seguente Università \_\_\_\_\_
  - Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_  
presso la seguente Università \_\_\_\_\_

- Master biennale part-time \_\_\_\_\_  
 presso la seguente Università \_\_\_\_\_
- Master \_\_\_\_\_  
 presso la seguente Università \_\_\_\_\_
- Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_  
 presso la seguente Università \_\_\_\_\_
- Dottorato di ricerca \_\_\_\_\_  
 presso la seguente Università \_\_\_\_\_

ALLEGATA

- La conferma dell'avvenuto pagamento delle tasse di iscrizione (esempio: tramite dichiarazione sostitutiva di atto notorio stampabile dal sito universitario).

\*\*\*\*\*

La/Il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara inoltre:

- che la durata legale del suddetto percorso di studio è di anni \_\_\_\_\_;
- che l'iscrizione è presso l'Università Telematica  SI /  NO  
*in caso affermativo, i permessi possono essere fruiti, oltre che per partecipare alle prove d'esame, per la partecipazione ai soli tirocini*
- di  aver /  non aver superato gli esami previsti negli anni precedenti (per gli studenti universitari);
- di  aver /  non aver fruito, per lo stesso corso di studi, dei permessi retribuiti negli anni \_\_\_\_\_;  
(indicare gli anni accademici)
- di impegnarsi a presentare al proprio Dirigente Responsabile/Coordinatore una programmazione connessa alla frequenza alle lezioni e/o all'effettuazione di eventuali periodi di tirocinio al di fuori dell'orario di servizio.**

LA/IL SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ DICHIARA, ALTRESÌ, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE L'ACCERTATA CARENZA DEI REQUISITI PRESCRITTI PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO NE DETERMINERÀ LA REVOCA.

È FATTA SALVA LA POSSIBILITÀ DI VERIFICARE LA VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DELLA DICHIARAZIONE. NEL CASO IN CUI I DATI INDICATI RISULTINO DIFFORMI, SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/00. LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA, AI SENSI DELL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/00, LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE OTTENUTI.

Bologna, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_