

La/Il sottoscritt_ _____

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 S. Orsola Malpighi
- 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 2020 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 _____

ALLEGA

- 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.

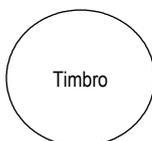
È FATTA SALVA LA POSSIBILITÀ DI VERIFICARE LA VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DELLA DICHIARAZIONE. NEL CASO IN CUI I DATI INDICATI RISULTINO DIFFORMI, SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/00. LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA, AI SENSI DELL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/00, LA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

Bologna, _____

Firma del dipendente

.....

Certifico apposta in mia presenza la firma della/del dichiarante.



 Nome, Cognome e qualifica del funzionario addetto

 Firma del funzionario