

Permessi retribuiti per DIRITTO ALLO STUDIO  
(Art. 48 CCNL Comparto sanità siglato il 21.05.2018)

Al Direttore Generale della  
Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa  
Piazza Igea n. 1  
97100 Ragusa

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

dipendente di questa Asp di Ragusa (matr. n \_\_\_\_\_) con contratto a tempo indet / determ :

tempo pieno                       part-time orizzontale                       part-time verticale

assegnato alla U. O. \_\_\_\_\_

sede / presidio \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere autorizzato a fruire dei permessi retribuiti per il diritto allo studio per l'anno solare

\_\_\_\_\_ 2022\_\_\_\_\_ (01/01 - 31/12) destinati alla frequenza dell'Istituto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

Per il conseguimento di \_\_\_\_\_

A tal fine allega alla presente:

- copia del certificato d'iscrizione
- copia ricevuta pagamento tasse di iscrizione (in attesa di inviare il certificato di iscrizione)
- autocertificazione / autodichiarazione (vedi allegato n. 2)

Il sottoscritto/a

- si riserva di presentare, qualora risulti beneficiario dei permessi di cui in argomento, la documentazione comprovante la frequenza ai corsi e l'attestato degli esami sostenuti;
- è consapevole che, in mancanza della presentazione della documentazione al punto precedente indicata, i permessi eventualmente utilizzati, saranno considerati aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICAZIONI / AUTODICHIARAZIONI  
(Art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ dipendente dell'Asp di Ragusa assegnato alla U. O. \_\_\_\_\_

sede / presidio di \_\_\_\_\_

DICHIARA

- di essere iscritto/a al seguente corso di studi universitario, post-universitario, ovvero alla scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statale, pareggiata o legalmente riconosciuta, o comunque abilitata al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall' ordinamento pubblico (specificare).

tipo di Corso \_\_\_\_\_ durata anni \_\_\_\_\_

presso la scuola/istituto/facoltà \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

indirizzo segreteria \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nell'anno accademico / scolastico \_\_\_\_\_

- di essere iscritto al **primo anno**;
- di frequentare per la prima volta **l'ultimo anno** di corso di studi e, se studente universitario o post- universitario,
- di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
  - di non aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
- di frequentare per la prima volta il  2  3  4  5 (barrare) anno e se stud. universitario:
- di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
  - di non aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
- di essere iscritto/a, se studente universitario **fuori corso** al \_\_\_\_\_ anno;
- di non avere mai usufruito dei permessi per lo stesso corso di studi;
- di avere usufruito dei permessi per lo stesso corso di studi negli anni:

2015 <input type="checkbox"/>	2016 <input type="checkbox"/>	2017 <input type="checkbox"/>	2018 <input type="checkbox"/>	2019 <input type="checkbox"/>	2020 <input type="checkbox"/>	2021 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- di essere nato il: giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Ragusa li \_\_\_\_\_

il / la dipendente \_\_\_\_\_



**U.O.C. Risorse Umane**  
Direttore: Dott.ssa Maria Sigona

Via Giuseppe Di Vittorio 51  
97100 Ragusa  
Telefono 0932.600710

WEB [www.asp.rg.it](http://www.asp.rg.it)

A: Al Direttore della Uoc Risorse Umane  
Al Rilevatore di Presenza competente  
Loro sedi

**OGGETTO:** *Richiesta preventiva di autorizzazione Permessi per motivi di studio fino a un massimo di 150 ore art. 48 CCNL 21/05/2018.*

Il /la sottoscritt \_\_\_\_\_  
dipendente di questa ASP di Ragusa, matr. \_\_\_\_\_, presso l'U.O. / Settore  
\_\_\_\_\_ sede / presidio di \_\_\_\_\_  
già autorizzato alla fruizione dei permessi per motivi di studio (150 ore) per  
l'anno solare 2022 chiede di potersi assentare:

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

giustificando tale assenza con la necessità derivante:

1. dalla frequenza delle lezioni di:

\_\_\_\_\_

2. dal sostenimento dell'esame di:

\_\_\_\_\_

3. altro:

\_\_\_\_\_ (specificare)

data \_\_\_\_\_

FIRMA del dipendente

\_\_\_\_\_

Visto del Direttore U.O. di appartenenza

\_\_\_\_\_