

asl fg.asl fg.REGISTRO UFFICIALE.Int.0071962.12-08-2015



Regione Puglia  
 ASI. FG  
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA  
 (Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)  
 C.F. e P. IVA: 03499370710

Oggetto: *Permessi retribuiti per il diritto allo studio per l'anno scolastico/accademico 2015/2016.*

A tutto il Personale del Comparto  
 e, p.c. Ai segretari aziendali delle OO. SS.  
LORO SEDI

Ai sensi dell'art. 22 del CCNL del 20/09/2001, integrativo del CCNL del personale Comparto Sanità del 7/04/1999, i dipendenti del comparto a tempo indeterminato possono usufruire di n. 150 ore annue individuali di permesso retribuito per diritto allo studio.

Si invitano i dipendenti del **Comparto** interessati a presentare la domanda, per la concessione dei permessi in oggetto indicati, corredata dal visto per presa visione del Dirigente dell'Area o U.O. di appartenenza, redatta sul modulo allegato alla presente, entro il termine perentorio del **31 ottobre 2015**.

Le eventuali domande presentate successivamente potranno essere prese in considerazione solo se non sarà raggiunta la percentuale del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato all'inizio dell'anno, con arrotondamento all'unità superiore.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se saranno pervenute dopo la pubblicazione del presente avviso.

Si precisa, altresì, che non saranno prese in considerazione le domande incomplete e non redatte sull'apposito modulo citato.

La richiesta deve essere consegnata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda.

Si chiede, ai segretari aziendali delle OO. SS., che la presente comunicazione sia affissa presso gli albi e le bacheche aziendali.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
 (Dott. Vito Pizzolla)

Il Collaboratore Amm.vo M. G. Carmone Tel. 0884/510412

**AL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
FOGGIA**

**OGGETTO: permessi per il diritto allo studio (150 ore)**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 dipendente a tempo **indeterminato** in qualità di \_\_\_\_\_  
 in servizio presso \_\_\_\_\_  
 Tel. lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro:  tempo pieno  part-time \_\_\_\_\_ %  
 (indicare la percentuale)  
 iscritto al:

(precisare il tipo di corso )

(Scuola, Istituto, Università di . . . )

**CHIEDE**

a norma delle disposizioni vigenti, secondo quanto riportato nell'avviso prot. n. 0071962 del 12/08/2015 il beneficio delle 150 ore di permesso retribuito per diritto allo studio per la frequenza al corso citato.

**DICHIARA**

- che la durata del corso è di anni \_\_\_\_\_
- di essere iscritto per l'anno 2015/2016 per la prima volta al \_\_\_\_\_ anno del corso medesimo, ovvero \_\_\_\_\_
- che lo/la stesso/a, per la frequenza a tale corso, ha fruito nell'anno 2014/2015 del beneficio delle 150 ore di permesso retribuito per diritto allo studio;
- di aver sostenuto i seguenti esami, anche con esito negativo:

\_\_\_\_\_  
 (DATA)

IL DIRIGENTE

\_\_\_\_\_  
 (FIRMA)

\_\_\_\_\_  
 (TIMBRO E FIRMA)

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- 1) **Certificato di iscrizione al corso o autocertificazione;**
- 2) **Fotocopia documento d'identità.**