

Al Direttore U.O.C. G.R.U.
SEDE

Alla Direzione
Sanitaria / Amm.va OO.RR. – P.O.
Distretto/ Dipartimento/ U.O.C.
LORO SEDI

Oggetto: Richiesta di permessi retribuiti nella misura massima di n. 150 ore per motivi di studio.
“Art. 62 commi 1 e 2 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021 non disapplicato dal CCNL del 27/02/2026 Comparto Sanità, triennio 2022/2024” – anno 2027.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in servizio, a tempo
indeterminato / determinato, presso la U.O.C. _____ in
qualità di _____
Matricola _____ Cellulare _____
Email _____ PEC _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a beneficiare dei permessi retribuiti, nella misura massima di 150 ore per motivi di studio per l'anno 2027 destinati alla frequenza (specificare natura e tipologia) presso:

_____ di _____
(durata corso) _____ per il conseguimento di _____

A tal fine allega alla presente:

1. copia del certificato/attestato di iscrizione;
2. copia della/e ricevuta/e di pagamento tasse iscrizione anno 2026/2027
3. documento di riconoscimento.

Il/la sottoscritto/a si riserva di presentare, qualora risulti beneficiario dei permessi di cui in argomento, la documentazione comprovante la frequenza ai corsi, l'attestato o certificazione degli esami sostenuti, alla Direzione della Struttura di appartenenza per i necessari adempimenti.

E' inoltre consapevole, che in mancanza della presentazione della documentazione al punto precedente indicato, i permessi eventualmente utilizzati saranno considerati aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi.

_____ li _____

(firma del dipendente)

N.O. del Direttore Responsabile

(data, timbro e firma obbligatoria)