

Al Direttore Generale  
ASL 6 Medio Campidano  
Via Ungaretti, 9 - SANLURI

Oggetto: richiesta premessi retribuiti per diritto allo studio (150 ore).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (matricola \_\_\_\_\_),  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dipendente a tempo pieno/parziale  
e a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso \_\_\_\_\_  
nel profilo professionale \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
mail aziendale \_\_\_\_\_:

**CHIEDE**

Di poter fruire, nell'anno solare 2026, dei permessi retribuiti per diritto allo studio, nella misura di 150 ore, per la frequenza del seguente corso di studi:

---

Presso l'Istituto/Università \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiera, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- Di essere iscritto/a per l'anno scolastico/accademico 2025/2026, per la \_\_\_\_\_ volta al \_\_\_\_\_ anno del corso di studi \_\_\_\_\_;
- che il corso ha durata ordinaria di anni \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto al corso in qualità di studente a tempo parziale e la durata del corso è stabilita in anni \_\_\_\_\_ (N. B. da compilare solo in caso di iscrizione a tempo parziale);
- che nell'anno 2025 non ha / ha fruito dei permessi per la frequenza dello stesso corso;
- di aver / non aver superato gli esami previsti per l'anno precedente;
- di essere a conoscenza che i permessi potranno essere fruiti solo se l'orario delle lezioni coincide con l'orario di servizio.

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

---

(luogo e data)

---

(firma)