

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

Oggetto: richiesta permessi 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)