



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO

Al Commissario Straordinario AST Pesaro- Urbino

Piazzale Cinelli, 4

61121 – PESARO

ast.pesarourbino901@emarche.it

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a: _____ il _____

al 31/12/2022:

dipendente ex Area Vasta 1

oppure

dipendente ex Azienda Ospedaliera Marche Nord

residente a: _____ Prov. _____

Via: _____ n. _____

Tel: _____ e-mail: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Visto

l'avviso per la concessione delle 150 ore anno solare 2023

Chiede

la concessione di permessi retribuiti per diritto allo studio (150 ore) al fine di frequentare il corso di studi sotto indicato

Titolo corso: _____

Durata complessiva del corso anni: [1] [2] [3] [4] [5] Anno di iscrizione: [1°] [2°] [3°] [4°] [5°] [Fuori Corso]

(barrare le rispettive caselle)

data inizio anno accademico _____ (indicare gg/mm/aa)

data fine anno accademico _____ (indicare gg/mm/aa)

Dichiara

di essere dipendente a tempo indeterminato / determinato con durata dalla data _____ alla data _____

(barrare voce di interesse)

di essere a tempo pieno o part-time (indicare numero di ore settimanali _____) (barrare voce di interesse)

con profilo professionale _____

di prestare attualmente servizio presso _____ con sede

di _____ (indicare la unità operativa di appartenenza)

per l'anno scolastico/accademico 2022-2023 di essere iscritto e di frequentare il corso di studi per il conseguimento del seguente titolo studio di: (barrare una casella)

Scuola di istruzione primaria	Scuola di istruzione secondaria	Corso universitario	Corso post –universitario master Scuole di specializzazione	Corso di qualificazione professionale	Altro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------	--	---------------------------------------	-------

Nome Istituto: _____

Sito a: Città _____ Prov; _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono segreteria: _____ fax segreteria: _____

mail: _____

di avere non avere superato tutti gli esami relativi agli anni precedenti

(barrare casella di interesse) (solo se studenti universitari o post-universitari)

di avere fruito non avere fruito in precedenza dei permessi 150 ore sia per lo stesso corso

(barrare casella di interesse) che per altro corso di studi

di allegare la seguente documentazione

Certificato di iscrizione o autocertificazione nei termini di legge

Calendario ed orario delle lezioni con specifica indicazione della corrispondenza dei crediti in ore

Piano degli studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico (per i soli studenti iscritti a: Corsi Universitari/ Post Universitari / Master e Scuole di Specializzazione)

Copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

che la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale in mio possesso

Distinti saluti.

Data _____

Firma

Visto: Il Responsabile / Coordinatore
