

Al Direttore Generale

A. O. "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Piazzale Cinelli, 4

61121 – PESARO

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 2021/2022

## Chiede

la concessione di permessi retribuiti per diritto alla 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° ] [F.Corso]  
(barrare le rispettive caselle)

data inizio a. accademico \_\_\_\_\_ data fine a. accademico \_\_\_\_\_  
(indicare gg/mm/aa) (indicare gg/mm/aa)

## Dichiara

➤ di essere dipendente a tempo indeterminato / determinato (barrare voce di interesse)  
con profilo professionale \_\_\_\_\_

➤ di prestare attualmente servizio presso \_\_\_\_\_  
(indicare la unità operativa di appartenenza)

- per l'anno scolastico/accademico 2021-2022 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
- Calendario ed orario delle lezioni
- Piano degli studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico (per i soli studenti iscritti a: Corsi Universitari/ Post Universitari / 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

\_\_\_\_\_