

ALL'AZIENDA USL ROMA H - U.O. " FORMAZIONE" Borgo Garibaldi 12 –
00041 ALBANO LAZIALE Tel 06/93273839 fax 06/93273919

Oggetto: Domanda per la concessione dei permessi studio - 150 ore -

Il/la sottoscritt _____ matr. _____,

nat _____ a _____ il _____, dipendente a tempo indeterminato con la qualifica di

a tempo pieno/a part time per n. _____ ore settimanali, presso il seguente Servizio / Ospedale

/Distretto (specificare): _____ tel _____

CHIEDE

Di usufruire dei permessi per il diritto allo studio (150 ore) per l'anno 200 _____ - ai sensi delle vigenti disposizioni - per la partecipazione a Corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI, PENALI E DISCIPLINARI NEL CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, NONCHE' DELLA DECADENZA DAI BENEFICI.

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITA' :

Di essere iscritto per l'anno scolastico/accademico 200 _____ - 200 _____ presso la scuola / università :

_____ pubblica / privata / parificata / riconosciuta / altro (barrare).
(specificare quale è la scuola frequentata)

Via _____ città _____ tel _____,

Per frequentare, sostenendo i relativi esami, il seguente **corso:(v.note1)** _____

Anno frequentato: (v.note 2) _____ e che *il corso stesso dura complessivamente n. _____ anni (ore _____), ed è destinato al conseguimento di un titolo di studio o di un attestato professionale riconosciuto dall'ordinamento pubblico.*

Se studente universitario o post universitario, **dichiara di essere in regola con il superamento degli esami previsti dall'ordinamento didattico per gli anni precedenti:** sì no

- Dichiara di rientrare quindi nel seguente **critero di valutazione**, (barrare la voce che interessa):
- a) **iscrizione e frequenza dell'ultimo anno** del corso di studi;
- b1) **iscrizione e frequenza, per la prima volta, del penultimo anno** di corso;
- b2) **iscrizione e frequenza, sempre per la prima volta, di anni di corso precedenti il penultimo escluso il primo** anno di corso. (All'interno del presente paragrafo la precedenza è accordata alla frequenza, nell'ordine, dal terz'ultimo al secondo anno di corso);
- c) **iscrizione e frequenza di altre attività didattiche** che non rientrino nelle condizioni di cui alle lettere precedenti, **e precisamente:**
 - studente del primo anno di corso;** **studente non in regola con gli esami degli anni precedenti;** **studente fuori corso;** **studente di corso di durata almeno annuale,** per il quale nel precedente anno solare ho avuto il beneficio delle 150 ore, (barrare) : sì no

- **altro (specificare)** _____;

IL SOTTOSCRITTO ACCETTA IL FATTO CHE LE DOMANDE INCOMPLETE O NON BARRATE COME INDICATO NEL PRESENTE MODELLO, NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE.

Dichiara altresì di esprimere con la presente il consenso all'utilizzo dei propri dati e la loro trasmissione agli enti istituzionali preposti alla trattazione della materia (D.Lgs. 196 del 30.06.2003 ed integrazioni).

Data _____

Firma _____

VISTO DI PRESA D'ATTO DEL DIRIGENTE _____

(1) Specificare il tipo di corso, **come di seguito indicato:** A) Maturità; B) Laurea 3ale; C) Laurea spec.ca e/o Laurea vecchio ordinamento; D) Master 1° liv; E) Master 2° liv e/o Spec.ne Post lauream vecchio ordinamento; F) ripetente e/o fuori corso; G) ulteriori tipologie di corsi di durata almeno annuale che rilascino attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico.

(2) scrivere quale sia l'anno di corso che si sta frequentando: il primo, secondo, terzo ecc....l'ultimo, indicare se si tratta di un anno unico di corso, se si è fuori corso o comunque ripetenti.