

All. A

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO AD INTERIM

DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO RODOLICO SAN MARCO  
CATANIA

Oggetto: **Domanda per la fruizione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio.**  
**N.150 ore per l'anno** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in servizio a  t. indeterminato  t. determinato presso l'Unità Operativa \_\_\_\_\_  
diretta da \_\_\_\_\_  
con il profilo professionale \_\_\_\_\_  
 t. pieno/ part-time \_\_\_\_\_ % (*indicare percentuale*)  
telefono cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e.mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire per l'anno scolastico/accademico in oggetto dei permessi retribuiti per il diritto allo studio (n.150 ore) di cui all'art.62 del C.C.N.L. del 02/11/2022, per il conseguimento del seguente titolo di studio:

- DIPLOMA DI Maturità' \_\_\_\_\_ (*specificare anno*)
- LAUREA (C.U.)  1° anno  2° anno  3° anno  4° anno  5° anno  6° anno
- LAUREA TRIENNALE  1° anno  2° anno  3° anno
- LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE  1° anno  2° anno
- MASTER DI PRIMO LIVELLO  durata anni1  durata anni 2  
*indicare se per tale master è previsto tirocinio*  SI  NO
- MASTER DI SECONDO LIVELLO  durata anni1  durata anni 2  
*indicare se per tale master è previsto tirocinio*  SI  NO
- CORSO DI PERFEZIONAMENTO
- 

presso (Istituto, Università degli Studi) \_\_\_\_\_  
facoltà \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA:**

- dichiarazione sostitutiva di iscrizione al corso di studi;
- certificazione di iscrizione/versamento tasse

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,  
delle sanzioni penali previste dall'art.75 del D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto stabilito  
dall'art.76 del D.P.R. medesimo, in caso di dichiarazioni non veritieri

**DICHIARA**

di essere iscritto/a per l'anno scolastico / accademico 2025-2026

*studente iscritto con status di studente a tempo parziale*     SI     NO

- al corso di studio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ anno regolare, \_\_\_\_\_ fuori corso
- di aver già beneficiato nell'anno solare 2025 di tali permessi per lo stesso corso  
     per corso di studi diverso \_\_\_\_\_
- di non aver già beneficiato di tali permessi per lo stesso corso;
- che la durata del corso è di anni \_\_\_\_\_ e di essere iscritto per l'anno 2025/2026 per la  
per la prima volta al \_\_\_\_\_ del corso medesimo, ovvero \_\_\_\_\_
- che il suddetto corso inizia il \_\_\_\_\_ e termina il \_\_\_\_\_
- di aver superato tutti gli esami previsti dal programma di studi dell'anno precedente  
     SI     NO, o aver superato n. esami \_\_\_\_\_ su un totale di n. \_\_\_\_\_ previsti
- di richiedere le ore di permesso per lo svolgimento del tirocinio obbligatorio previsto per  
il conseguimento del titolo di studio sopra indicato \_\_\_\_\_
- 

**DICHIARA INOLTRE**

di essere a conoscenza che, ferme restando le responsabilità penali e disciplinari in caso di  
false dichiarazioni, l'accertato utilizzo non corretto del beneficio concesso comporterà la  
revoca del beneficio ed i permessi già utilizzati verranno considerati come aspettativa senza  
assegni per motivi personali, ferie o riposi compensativi di lavoro straordinario già effettuato

**PRENDE ATTO**

che i dati personali sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della  
procedura per la quale vengono rilasciati ai sensi di quanto disposto dalla Legge 196/2003  
e che la comunicazione dei predetti dati ha natura di onere al fine di poter beneficiare  
dell'istituto in oggetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

---

Firma