

Al Direttore U.O.C. G.R.U.  
SEDE

Alla Direzione  
Sanitaria / Amm.va OO.RR. – P.O.  
Distretto/ Dipartimento/ U.O.C.  
LORO SEDI

Oggetto: Richiesta di permessi retribuiti nella misura massima di n. 150 ore per motivi di studio.  
“Art. 62 comma 1 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021” – anno 2025.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio, a tempo

indeterminato / determinato, presso la U.O.C. \_\_\_\_\_ in

qualità di \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a a beneficiare dei permessi retribuiti, nella misura massima di 150 ore per motivi di studio **per l'anno 2025** destinati alla frequenza (specificare natura e tipologia) presso:

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

(durata corso) \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_

A tal fine allega alla presente:

1. copia del certificato/attestato di iscrizione o autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000;
2. copia della/e ricevuta/e di pagamento tasse iscrizione anno 2024/2025.

Il/la sottoscritto/a si riserva di presentare, qualora risulti beneficiario dei permessi di cui in argomento, la documentazione comprovante la frequenza ai corsi, l'attestato o certificazione degli esami sostenuti, alla Direzione della Struttura di appartenenza per i necessari adempimenti.

E' inoltre consapevole, che in mancanza della presentazione della documentazione al punto precedente indicato, i permessi eventualmente utilizzati saranno considerati aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

N.O. del Direttore Responsabile

\_\_\_\_\_  
(data, timbro e firma obbligatoria)