

REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
MESSINA
C.da PAPARDO – Tel. 090-3991
www.aopapardo.it

AVVISO

RIVOLTO A TUTTO IL PERSONALE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA OSPEDALIERA APPARTENENTE ALL'AREA DEL COMPARTO- DIRITTO ALLO STUDIO

(n. 150 ore per ciascun anno solare)

A TUTTO IL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA DEL COMPARTO

OGGETTO: Diritto allo Studio 150 ore per ciascun anno solare

IL DIRETTORE GENERALE

Visto l'art. 48 del vigente CCNL – Comparto Sanità 2016-2018

AVVISA

Che il Personale dipendente a tempo indeterminato e/o determinato (di durata non inferiore a sei mesi continuativi) di questa Azienda Ospedaliera, appartenente all'Area del Comparto, interessato ai permessi per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e di riqualificazione professionale, statali, parificate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuto dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami, è tenuto a presentare, **entro e non oltre il 31/12/2020**, all'Amministrazione di questa Azienda Ospedaliera, apposita istanza redatta in carta semplice, come da schema allegato al presente Avviso, con indicazione dei seguenti dati :

1. Data e luogo di nascita
2. Profilo Professionale
3. Tipo di corso da frequentare con indicazione del Diploma da conseguire
4. Anno di corso e relativa iscrizione
5. Per gli studenti universitari e post-universitari, dimostrazione di avere sostenuto gli esami relativi all'anno precedente
6. Dichiarazione relativa agli anni precedenti, di avere fruito di permessi per lo stesso o per altro corso di studi (la dichiarazione va resa anche se negativa).

N.B. Sulle istanze prodotte i dipendenti sono tenuti a fare apporre il Visto del Direttore e/o Responsabile della Struttura presso cui svolgono la propria attività lavorativa

Il Direttore ad Interim
UOC Risorse Umane
(Dr. Carmelo Anna)

Il Dirigente Amministrativo
(Dr.ssa Rosa Maria Lo Iacono)

Il Direttore Generale
(Dr. Mario Paino)

**Al Direttore Generale dell'Azienda
Ospedaliera Papardo di Messina**

OGGETTO: FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA PER LE "150 ORE" DIRITTO ALLO STUDIO.
(art. 48 del vigente C.C.N.L. /Comparto Sanità 2016-2018)

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____ il
_____ e residente in via _____

dipendente a tempo indeterminato e/o determinato dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina,
appartenente all'Area del Comparto:

pieno parziale orizzontale parziale verticale parziale misto

n servizio presso l'U.O.C. di _____ con il profilo professionale
di _____

CHIEDE

di essere ammesso a fruire dei permessi Studio di 150 ore l'anno, previsti dall'art.48 del vigente
C.C.N.L./Comparto Sanità 2016-2018 o, qualora vi siano più domande rispetto al numero massimo di
beneficiari previsto dal su citato C.C.N.L., di essere preso in considerazione al fine della formazione della
relativa graduatoria, a tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere
scritto alla classe/anno accademico _____ dell'istituto/facoltà
_____ di _____ il cui corso
di studi ha durata di anni _____.

Al solo fine dell'eventuale formazione della graduatoria dichiara inoltre:

di frequentare l'ultimo anno del corso di studi e, se studenti universitari o post universitari di aver
superato tutti gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti

di frequentare per la prima volta il _____ anno (indicare l'anno di corso che non sia l'ultimo) del
corso di studi di durata di anni _____ e se studente universitario o post universitario, di aver superato
tutti gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti

di non aver mai usufruito di tali permessi relativi al diritto allo studio per lo stesso corso

di aver già usufruito di tali permessi relativi al diritto allo studio per lo stesso corso nell'anno/i _____

di frequentare attività didattiche e precisamente: _____

Note aggiuntive eventuali: _____

Il/La Sottoscritto/a allega alla presente certificato di iscrizione al corso, certificato attestante il superamento degli esami per gli anni precedenti, riservandosi di presentare al termine dei corsi frequentati, attestato di partecipazione o altra idonea documentazione. Allega, altresì, alla presente documento di riconoscimento in corso di validità.

Messina li _____

Il/La dipendente _____