

REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
MESSINA
Ctr. Papardo tel.090-3991
www.aopapardo@.it

Papardo - Azienda Ospedaliera Papardo
001 - AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
REGISTRO UFFICIALE
0054967 - 29/11/2019 - USCITA

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)

Prot. n.

Messina, li _____

A TUTTO IL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA DEL COMPARTO

Oggetto : Diritto allo Studio (n. 150 ore per ciascun anno solare).

IL DIRETTORE GENERALE

Visto l'art. 48 del vigente C.C.N.L./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 qualificazione professionale, statali, parificate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonchè per sostenere i relativi esami, è tenuto a presentare, entro e non oltre il 31.12.2019, 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 indicazioni del Diploma da conseguire;
4. Anno di corso e relativa iscrizione;
5. Per gli studenti universitari e post-universitari, dimostrazione di aver sostenuto gli esami dell'anno precedente;
6. Dichiarazione relativa agli anni precedenti di aver 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 far apporre il Visto del Direttore e/o Responsabile della Struttura presso cui svolgono la propria attività lavorativa.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. 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

in 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
iscritto 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 _____