



Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord

DIREZIONE GENERALE
Piazzale Cinelli 4 – 61121 PESARO

Direttore Generale

Segreteria
Tel: 0721.366304
Fax: 0721.366311

Mail to
direzione@ospedalesansalvatore.it

REGIONE MARCHE

AO Ospedali Riuniti Marche Nord
AORMN 0043337
PERS P 190
24/10/2016

AVVISO

**CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO
-150 ORE-**

RISERVATO AL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO DELL'AREA COMPARTO
secondo le modalità allegate e dell'art. 22 del CCNL integrativo del 20/09/2001

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

Si rende noto

che l'Azienda concede, al personale a tempo indeterminato (3% del personale), permessi retribuiti della durata massima di 150 ore (art. 22 c.1 CCNL 20/09/2001). I permessi di cui al comma 1 (art. 22 CCNL 20/09/2001) sono concessi per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali e attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

La fruizione delle "150 ore" è legata all'anno scolastico/accademico ed ha validità esclusivamente per tali periodi.

A tal fine gli interessati dovranno presentare domanda utilizzando il modulo pubblicato unitamente al presente bando - nel sito internet www.ospedalimarchenord.it o in intranet aziendale nella sezione:

Modulistica e qualità/Modulistica/Gestione del personale/150 ore anno 2016-2017.

La domanda dovrà essere corredata da copia di documento di identità in corso di validità e vistata per presa visione dal Responsabile/Coordinatore.

Le domande di partecipazione, redatte in carta semplice secondo il modello sopra indicato, sottoscritte dagli interessati e corredate dalla prescritta documentazione, vanno dirette al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", P.le Cinelli, 4 61121 Pesaro e devono essere inoltrate tramite servizio postale oppure presentate all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 08:30 alle ore 13:00 tutti i giorni feriali escluso il sabato, entro il giorno:

21 NOVEMBRE 2016

Gli iscritti a Corsi Universitari/Post-Universitari/Scuole di Specializzazione devono inoltre allegare: Piano di Studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico.

Le modalità di concessione delle "150 ore", della fruizione, certificazione e frequenza ai corsi ed esami sono indicate nel CCIA "Diritto allo Studio".

Per informazioni: U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane tel. 0721 36 63 87 (Sig. Stefano Gasparini).

U.O.C. Gestione ed
Amministrazione delle
Risorse Umane
Dott. Redolfo Pasquini

Il Direttore
Dr.ssa Maria Capalbo

A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord - Sede legale: P.le Cinelli 4 – 61121 PESARO - P.Iva 02432930416
Centralino Pesaro 07213611 – Centralino Fano 07218821
www.ospedalimarchenord.it

Al Direttore Generale

A. O. "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Piazzale Cinelli, 4

61121 – PESARO

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a: _____ il _____

residente a: _____ Prov. _____

Via: _____ n. _____

Tel: _____ e-mail: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

Visto

l'avviso per la concessione delle 150 ore anno 2016/2017

Chiede

la concessione di permessi retribuiti per diritto allo studio (150 ore) al fine di frequentare il corso di studi sotto indicato

Titolo corso: _____

Durata complessiva del corso anni: [1] [2] [3] [4] [5] Anno di iscrizione: [1°] [2°] [3°] [4°] [5°] [F.Corso]
(barrare le rispettive caselle)

data inizio a. accademico _____ data fine a. accademico _____

Dichiara

- di essere dipendente a tempo indeterminato
con qualifica di _____
- di prestare attualmente servizio presso _____

(indicare la unità operativa di appartenenza)

➤ per l'anno scolastico/accademico 2016-2017 di essere iscritto e di frequentare il corso di studi per il conseguimento del seguente titolo studio di: (barrare una casella)

Scuola di istruzione primaria	Scuola di istruzione secondaria	Corso universitario	Corso post-universitario master Scuole di specializzazione	Corso di qualificazione professionale	altro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------	---	---------------------------------------	-------

Nome Istituto: _____

Sito a: Città _____ Prov; _____ CAP _____
Via _____ n° _____

Telefono segreteria: _____ fax segreteria: _____
mail: _____

➤ di avere non avere superato tutti gli esami relativi agli anni precedenti

(solo se studenti universitari o post-universitari)

➤ di avere fruito non avere fruito in precedenza dei permessi 150 ore sia per lo stesso corso che per altro corso di studi

➤ di allegare la seguente documentazione

- Certificato di iscrizione
- Calendario ed orario delle lezioni
- Piano degli studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico (per i soli studenti iscritti a: Corsi Universitari/ Post Universitari / Scuole di Specializzazione)
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità

➤ che la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale

Distinti saluti.

Data _____

_____ Firma

Visto: Il Responsabile / Coordinatore
