



**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO**

Al Commissario Straordinario AST Pesaro- Urbino

Piazzale Cinelli, 4

61121 – PESARO

ast.pesarourbino901@emarche.it

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al 31/12/2022:

dipendente ex Area Vasta 1

oppure

dipendente ex Azienda Ospedaliera Marche Nord

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 solare 2023

**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° ] [Fuori Corso]

(barrare le rispettive caselle)

data inizio anno accademico \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

data fine anno accademico \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

### Dichiara

di essere dipendente a tempo indeterminato / determinato con durata dalla data \_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_

(barrare voce di interesse)

di essere a tempo pieno o part-time (indicare numero di ore settimanali \_\_\_\_\_) (barrare voce di interesse)

con profilo professionale \_\_\_\_\_

di prestare attualmente servizio presso \_\_\_\_\_ con sede

di \_\_\_\_\_ (indicare la unità operativa di appartenenza)

per l'anno scolastico/accademico 2022-2023 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

(barrare casella di interesse) (solo se studenti universitari o post-universitari)

di  avere fruito  non avere fruito in precedenza dei permessi 150 ore sia per lo stesso corso

(barrare casella di interesse) che per altro corso di studi

di  allegare la seguente documentazione

Certificato di iscrizione o autocertificazione nei termini di legge

Calendario ed orario delle lezioni con specifica indicazione della corrispondenza dei crediti in ore

Piano degli studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico (per i soli studenti iscritti a: Corsi Universitari/ Post Universitari / Master e Scuole di Specializzazione)

Copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

che la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale in mio possesso

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Visto: Il Responsabile / Coordinatore

\_\_\_\_\_