

RICHIESTA PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO
ANNO SOLARE 2018

Al Responsabile del Servizio Risorse Umane
Azienda Ospedaliero Universitaria
Sede

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ a _____
dipendente del comparto a tempo indeterminato c/o l'AOU di Sassari, in servizio presso
_____ in qualità di _____
_____ recapito telefonico lavoro _____ Cell _____
con rapporto di lavoro: tempo pieno part-time _____ %
(indicare la percentuale)

CHIEDE

a norma delle disposizioni vigenti e secondo quanto riportato nel bando *di poter usufruire dei permessi straordinari retribuiti per il diritto allo studio*;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000, di essere iscritto al corso finalizzato al conseguimento di:

Titolo di studio di istruzione primaria (elementare), **secondaria primo grado** (scuola media inferiore), **secondaria secondo grado e di qualificazione professionale** (scuola media superiore) (indicare la tipologia di scuola, la sede, l'anno frequentato)

ISCRITTO per l'anno 2017/18 al _____ anno – tipo di scuola _____ sede _____

Titolo di studio di corso universitario per la laurea

presso l'Università di _____

ISCRITTO per l'anno 2017/2018 al _____ anno in corso o al _____ fuori corso

la durata del corso di studi è di anni _____

numero degli esami o dei crediti totali del corso di laurea _____

numero degli esami/crediti superati nel 2016/2017 _____

numero degli esami o dei crediti mancanti al conseguimento della laurea _____

Titolo di studio di corso post-universitario (master/dottorato/seconda laurea/ etc....)

ISCRITTO per l'anno 2017/18 al _____ anno.

la durata del corso di studi è di anni _____

numero degli esami o dei crediti totali del corso _____

numero degli esami/moduli o dei crediti mancanti al conseguimento della laurea/titolo/dottorato _____

Documentazione allegata:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Sassari _____

Firma _____