AREU
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

RICHIESTA UTILIZZO PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO 150 ORE
ANNO SOLARE 2027

Il sottoscritto/a …….. matricola ……...

in servizio presso la struttura……..……..……

qualifica .....

nato/a a ……..…il……..……..…

recapito telefonico……..

con contratto ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato (scadenza ……..)

☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale

Consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso atti falsi, nonché di esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità

DICHIARA

di essere iscritto/a nell'anno scolastico/accademico …….. al seguente corso di studi:……

……

presso l'Istituto/Università/Università telematica……..

……

con sede in……..…

con durata complessiva ……..……..……

☐ di essere iscritto/a con lo specifico *status* di dipendente a tempo parziale

corso di studi……
presso l'Istituto/Università/Università telematica……..

con sede in……

con durata complessiva ……

Numero di esami previsti nel corso dell'anno scolastico/accademico……

Numero di CFU da acquisire nel corso dell'anno accademico……..

CHIEDE

di essere autorizzato/a alla fruizione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio per l'anno solare 2027 (1° gennaio 2027 – 31 dicembre 2027)

A tale scopo si allegano i seguenti documenti:

□ certificato di iscrizione

□ quietanza di pagamento

Il sottoscritto/a si impegna, ricevuta la formale autorizzazione, a:

a) concordare con il responsabile/coordinatore un calendario di permessi a cadenza mensile;

b) trasmettere alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, per i giorni di fruizione dei permessi, idoneo attestato della scuola o università che certifichi l'effettiva data e orario di presenza alle lezioni, entro il mese successivo alla fruizione del beneficio;

c) produrre tempestivamente alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane l'attestato di partecipazione al corso di studi prescelto e quello degli esami sostenuti, anche se con esito negativo

Luogo……Data……Firma……

Per presa visione:

Il responsabile/coordinatore ……..