

All. 2

MODELLO DI DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALI RIUNITI VILLASOFIA - CERVELLO
VIALE STRASBURGO 233
90146 PALERMO

Il/La sottoscritto/a _____ in Via _____ residente a _____
dell'Azienda Ospedaliera - Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello nella posizione
funzionale di _____, a tempo indeterminato presso la Struttura
Complessa _____ Presidio _____ Tel. _____
Interno _____ chiede di poter usufruire dei permessi retribuiti nella misura
massima di 150 ore, ex art. 22 del C.C.N.L. integrativo del C.C.N.L. del Comparto Sanità
del 20.09.2001.

L'_____ scrivente a tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni
non veritiere di cui all'art. 75, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto
la propria responsabilità, dichiara:

- di essere nat_ a _____ prov. di (_____) il _____ ;
- di essere in servizio, a tempo indeterminato, in qualità di _____
P.O. _____ presso l'U.O.C. / Settore _____
time; _____, con rapporto di lavoro: tempo pieno part
- di essere iscritto a (compilare la sezione di interesse):

Corso Universitario
di _____ essere iscritto al _____ anno del corso di _____
di _____ presso la Facoltà di _____
dell'Università di _____

prima laurea;
 seconda laurea;

Scuola Media Inferiore o Superiore
Di _____ essere iscritto al _____ anno della Scuola

Corsi di durata almeno annuale
di voler frequentare un corso di _____
organizzato da _____



presso _____;
◊ di non avere mai fruito dei permessi per studio negli anni precedenti;
◊ di aver fruito dei permessi per studio negli anni precedenti;

◊ Tirocinio
di voler frequentare _____;
presso _____;

Alla presente si allèga:
◊ certificato comprovante l'iscrizione o la dichiarazione sostitutiva di certificazioni ex art. 1
del D.P.R. 445/2000;
◊ ricevuta di pagamento;

Palermo, li _____

In fede

