



AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALI RIUNITI VILLA BOCCA - CERVELLO - PALERMO

Sede Legale Viale Strasburgo n.233
 90146 Palermo Tel 0917801111
 P.I. 05841780827

U.O.C. Risorse Umane
Telef. 091 7808791/ FAX 091 7808735

Scadenza 24/02/2018

Risp. alla nota n. _____

Palermo li 05.02.2018

del _____

Prot. n. 2158/1-COMM

Oggetto: Avviso per la concessione dei permessi studio, ex art. 22 C.C.N.L. integrativo 20/09/2001 Area Comparto Anno scolastico e Accademico 2017/2018

Si rende noto che è indetto avviso per la concessione dei permessi retribuiti fino ad un massimo di 150 ore annue per il diritto allo studio ai sensi dell'ex art. 22 CCNL integrativo 20.09.2001.

Si precisa inoltre che per l'anno scolastico e l'anno accademico 2017/2018, il limite massimo del 3% dei dipendenti in ragione dell'appartenenza di ciascun ruolo, è stato quantificato come segue:

RUOLO	Posti disponibili
Sanitario	34
Tecnico	13
Amministrativo	5
Professionale	0
Totale	52

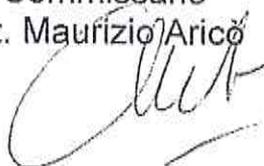
Considerato che il citato art. 22, del C.C.N.L. Integrativo 20/09/2001 relativamente alla concessione di permessi retribuiti ai dipendenti, in servizio a tempo indeterminato, che intendono frequentare corsi di studio diretti ad elevare il proprio livello culturale, prevede quanto segue:

- Il diritto di cui al presente avviso può essere concesso per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post - universitari di scuole di istruzione primaria,

secondaria e di qualificazione professionale, statali, parificate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico, nonché per sostenere i relativi esami;

- il permesso retribuito potrà essere richiesto da ciascun dipendente di ruolo ovvero con contratto di lavoro a tempo indeterminato, per un massimo di 150 ore annue pro-capite.
- qualora le richieste pervenute superino la disponibilità della percentuale del 3% verranno applicati i criteri stabiliti dai commi 4, 5 6 dell'art. 22 del C.C.N.L. Integrativo 20/09/2001; e per la concessione dei permessi, sarà formulata apposita graduatoria secondo i seguenti criteri;
 1. dipendenti che frequentino l'ultimo anno del corso di studi e, se studenti universitari o post universitari, abbiano superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
 2. dipendenti che frequentino per la prima volta gli anni di corso precedenti all'ultimo e successivamente quelli che, nell'ordine, frequentino, sempre per la prima volta, gli anni ancora precedenti escluso il primo, ferma restando, per gli studenti universitari e post-universitari, la condizione di cui alla lettera a),
 3. dipendenti ammessi a frequentare le attività didattiche, che non si trovino nelle condizioni di cui alla lettera a) e b) del Regolamento;
- per ottenere il permesso retribuito, i dipendenti interessati dovranno presentare domanda al Commissario entro il termine ultimo di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso all'albo dell'Ente e sul sito Web;
- l'istanza dovrà essere redatta in carta libera utilizzando il fac-simile allegato al presente avviso, alla stessa dovrà essere obbligatoriamente allegato il certificato di iscrizione al corso di studi che si intende frequentare in originale o in copia autenticata, ai sensi del DPR 445/2000;
- per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla disciplina contrattuale vigente, nonché a quanto disciplinato dal Regolamento Aziendale;
- Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Unita Operativa Complessa Risorse Umane – Viale Strasburgo 233 Tel 091 – 7808791 (Sig.ra Campagna Eleonora)

Il Commissario
Dott. Maurizio Arico



All. 2

MODELLO DI DOMANDA

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

Il/La sottoscritto/a _____, residente a _____ in Via _____, dipendente di ruolo 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 _____ presso l'U.O.C. / Settore _____ P.O. _____, con rapporto di lavoro: tempo pieno part time;
- 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 all'ega:
◊ certificato comprovante l'iscrizione o la dichiarazione sostitutiva di certificazioni ex art. 46 del D.P.R. 445/2000;
◊ ricevuta di pagamento;

Palermo, li _____

In fede

