

## FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario  
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello  
Viale Strasburgo, 233  
90146 – Palermo



Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (prov.di.....),  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, dipendente di ruolo dell'A.O.O.R.  
Villa Sofia:Cervello nel profilo di \_\_\_\_\_, a tempo indeterminato  
presso l'U.O.C. di \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_, chiede  
di poter usufruire dei permessi retribuiti nella misura massima di 150 ore, ex art. 48 del CCNL del  
21/05/2018 dell'area comparto sanità, come da avviso pubblicato integralmente all'Albo dell'Azienda e sul  
sito web [www.ospedaliriunitipalermo.it](http://www.ospedaliriunitipalermo.it) il giorno \_\_\_\_\_.

*A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di  
formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e  
che, ai sensi dell'art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al  
provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale  
responsabilità*

## DICHIARA:

- 1) di essere nato/a \_\_\_\_\_ (prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in servizio, a tempo indeterminato, in qualità di \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C.  
\_\_\_\_\_ Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_;
- 3) di essere iscritto (compilare la sezione di interesse):

Corso universitario

- di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di \_\_\_\_\_ presso la  
facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università di \_\_\_\_\_;

Scuola Media Inferiore o Superiore

- di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno della scuola \_\_\_\_\_;

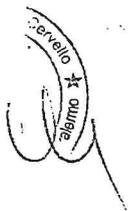
Corsi di durata almeno annuale

- di volere frequentare il corso di \_\_\_\_\_ organizzato da  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

Tirocinio

- di volere frequentare \_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_;



Alla presente si allega:

- certificato comprovante l'iscrizione o la dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del DPR n. 445/2000 unitamente a fotocopia del documento di identità;
- ricevuta di pagamento iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile per esteso non autenticata)

