

Scadenza: Giorno 18 Aprile 2022

Au. 1



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

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



Risp. alla nota n. \_\_\_\_\_

Palermo li \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

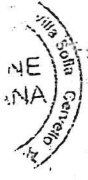
Prot. n. \_\_\_\_\_

**Oggetto: Avviso per la concessione dei permessi studio, ex art. 48 C.C.N.L. integrativo 21/05/2018 Area Comparto Anno scolastico e Accademico 2021/2022**

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. 48 CCNL integrativo 21.05.2018.

Si precisa inoltre che per l'anno scolastico e l'anno accademico 2020/2021 il limite massimo del 3% dei dipendenti sia tempo indeterminato che determinato in ragione dell'appartenenza di ciascun ruolo, è stato quantificato come segue:

RUOLO	Posti disponibili
Sanitario	34
Tecnico	12
Amministrativo	6
Professionale	0
<b>Totale</b>	<b>52</b>



Considerato che il citato art. 48, del C.C.N.L. Integrativo 21/05/2018 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;

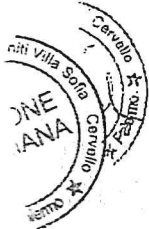
- il permesso retribuito potrà essere richiesto da ciascun dipendente di ruolo ovvero con contratto di lavoro a tempo indeterminato ed anche dipendente a tempo determinato, per un massimo di 150 ore annue pro-capite.
- qualora le richieste pervenute superino la disponibilità della percentuale del 3% verranno applicati i criteri stabiliti dal comma 6 dell'art. 48 del C.C.N.L. Integrativo 21.05.2018; e per la concessione dei permessi, sarà formulata apposita graduatoria secondo i seguenti criteri:
  - a) 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;
  - b) 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);
  - c) 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 Direttore Generale entro il termine ultimo di 45 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso all'albo dell'Ente e sul sito Web;
- nei limiti dei posti che rimarranno vacanti saranno ammessi le istanze per iscrizione ai corsi con inizio entro il 30 Giugno 2022;
- 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 Unità Operativa Complessa Risorse Umane - Viale Strasburgo 233 Tel 091 7808791 (Sig.ra Campagna Eleonora)

Il Direttore Generale  
Dott. Walter Messina



FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario  
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cèrvello  
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 Cèrvello 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 \_\_\_\_\_;



Azienda Ospedaliera

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)

