



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

*Alla S.C. Amministrazione del
Personale ex ASL TO2
Settore Stato Giuridico*

Il/La sottoscritto/a _____ N. Matricola _____

nat. il ___/___/___ a _____ (Prov. _____).

dipendente di questa Azienda con il profilo professionale di _____

Tempo pieno Part-time (specificare) orizzontale ___% verticale ___%

Telefono _____

Indirizzo e-mail a cui inoltrare le comunicazioni _____

In servizio presso (indicare la Struttura e la sede lavorativa) _____

Indicare il Coordinatore/Responsabile di riferimento _____

chiede di poter usufruire dei permessi retribuiti per motivi di studio per l'anno 2017/2018 per la frequenza al seguente corso al quale risulta iscritto:

- di istruzione: Corso di riqualificazione del SSN Scuola Media Inferiore Scuola Media Superiore:

- durata legale n. anni: _____

- anno di frequenza: I anno II anno III anno IV anno V anno

per la prima volta

per la _____ volta

- specificare se: Scuola Statale Pareggiata Legalmente riconosciuta

- specificare se sono state autorizzate ore per diritto allo studio negli anni precedenti:

- per il medesimo corso di studi: sì no -per altro corso di studi: sì no



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

- **universitario/post universitario:**

- Laurea Triennale Laurea Magistrale/Specialistica Master Altro:

Nel caso specificare se si tratta di:

Università telematica(indicare indirizzo internet) _____

- durata legale anni: _____

- anno di frequenza: I anno II anno III anno IV anno V anno VI anno

Singoli insegnamenti _____

fuori corso al _____ anno

- specificare se sono state autorizzate ore per diritto allo studio negli anni precedenti:

- per il medesimo corso di studi: sì no -per altro corso di studi: sì no

- di aver superato non aver superato tutti gli esami previsti dai programmi degli anni precedenti

Specificare denominazione esatta, indirizzo e recapito telefonico della Scuola/Istituto/Università:

Il/La sottoscritto/a si impegna a comprovare l'avvenuta frequenza ed il sostenimento degli esami finali, consapevole che, in caso di permessi retribuiti già concessi e non giustificati da adeguata documentazione, l'amministrazione provvederà a commutare d'ufficio tale assenze in aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi per straordinario già effettuato.

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci o in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità.

Data _____

Firma _____

Eventuali annotazioni: _____