

Allegato A

Alla Segreteria del personale

__l_ sottoscritt _____
nat_ a _____ (Prov.) _____ il _____
in servizio presso _____ a tempo indeterminato determinato
profilo professionale _____
iscritto al corso di _____ presso _____
_____ n. tel. ufficio _____

CHIEDE

di poter usufruire nell'anno _____ dei permessi retribuiti per motivi di studio ai sensi dell'art. 46 del CCNL- Funzioni Centrali, sottoscritto in data 12.02.2018, per la **frequenza delle lezioni.**

Allega dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.p.r. 445/2000)

l_ sottoscritt _____
 (Cognome) (Nome)
 nat_ a _____ (Prov.) _____ il _____
 in servizio presso _____ a tempo indeterminato determinato
 Profilo professionale _____ n. tel. _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.p.r. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

1) di essere iscritt_ per l'anno _____ al corso di (barrare la casella del corso di iscrizione)

Scuola Secondaria di primo grado durata del corso _____
 classe _____ ultimo anno si no

Corso professionale rivolto a studenti che hanno concluso il primo ciclo di istruzione
 anno di corso _____ durata del corso _____
 ultimo anno si no

Scuola secondaria di secondo grado durata del corso _____
 classe _____ ultimo anno si no

Corso professionale per il cui conseguimento sia richiesto il diploma di Scuola secondaria superiore
 anno di corso _____ durata del corso _____
 ultimo anno si no

<input type="checkbox"/> Laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica europea	<input type="checkbox"/> Diploma accademico AFAM - I livello
<input type="checkbox"/> Laurea specialistica	<input type="checkbox"/> Laurea Magistrale	<input type="checkbox"/> Diploma accademico AFAM - II livello
<input type="checkbox"/> Laurea secondo i vecchi ordinamenti		<input type="checkbox"/> Corso di Specializzazione
<input type="checkbox"/> Corso di formazione ordini /collegi professionali		<input type="checkbox"/> Diploma accademico AFAM di formazione alla ricerca
<input type="checkbox"/> Master di 1° livello		<input type="checkbox"/> Master di 2° livello
<input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca		<input type="checkbox"/> Corso di perfezionamento <i>post lauream</i>

presso Istituto/Università di _____ facoltà di _____

durata del corso _____ anno di corso _____ ultimo anno si no

- di essere in regola con gli esami previsti per gli anni precedenti si no
 - di essere stat_ iscritt_ come ripetente per n. _____ volte si no
 - di impegnarsi a completare gli esami nella sessione autunnale/invernale si no
 - di essere iscritt_ fuori corso per per n. _____ volte si no

2) di aver fruito, per lo stesso corso, dei permessi retribuiti per motivi di studio, presso questa o altre Amministrazioni
 si no

Luogo e data _____

Firma

Si comunica, ai sensi del d. lgs. 196/2003 e succ. integrazioni e modificazioni, che i dati richiesti verranno utilizzati dall'Amministrazione al fine di acquisire informazioni per la concessione, ai dipendenti aventi diritto, del beneficio in questione. Il sottoscritto, letta l'informativa in merito al trattamento dei dati personali, consente al trattamento ed alla comunicazione dei dati medesimi per le finalità e con le modalità legate all'informativa medesima.

Luogo e data _____

Firma