## Al Direttore Generale

 **A.S.L. DI PESCARA**

PEC: protocollo.aslpe@pec.it

MAIL: protocollogenerale@asl.pe.it

### OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI RETRIBUITI PER IL “DIRITTO ALLO STUDIO” (150 ORE ANNO 2025 DALL’01/01/2025 AL 31/12/2025).

# Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail aziendale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **matr. n**. \_\_\_\_\_\_

in servizio nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_ presso Ufficio/Servizio/U.O. telefono interno diretto dal Dott./Dr. \_\_\_\_\_\_\_ Coordinatore sede di servizio (nominativo)

### con rapporto di lavoro a tempo:

* determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indeterminato

con orario: ❒ tempo pieno ❒ part-time \_\_\_\_%

## C H I E D E

di usufruire, per l’anno 2025, e precisamente dall’ 01/01/2025 al 31/12/2025, dei benefici dell’art. 62 del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022, relativo al “DIRITTO ALLO STUDIO” (MAX 150 ORE), finalizzati al conseguimento del seguente titolo di studio:

### Diploma di Istruzione secondaria di primo grado (scuola media inferiore), secondaria di secondo grado (scuola media superiore) o di qualificazione professionale (specificare):

###

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso la Scuola/Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede \_\_anno frequentato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Statale ❒ legalmente riconosciuta

**N.B.** specificare se trattasi di Scuola Media Inferiore/Superiore o di Qualificazione Professionale

## 2. Diploma di Istruzione secondaria di primo grado (scuola media inferiore), secondaria di secondo grado (scuola media superiore) o di qualificazione professionale (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la Scuola/Istituto:

con sede anno frequentato \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Statale ❒ legalmente riconosciuta

**N.B.** specificare se trattasi di Scuola Media Inferiore/Superiore o di Qualificazione Professionale.

## O P P U R E

1. **Corso Universitario finalizzato al conseguimento della Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Classe di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 sede legale in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CAP Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###  ISCRITTO per l’Anno Accademico 2024/2025 al \_\_\_\_ anno in corso.

**La durata del corso di studi è di anni: \_\_\_\_\_\_\_**

* numero degli esami o dei crediti totali del corso di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(crediti \_\_\_\_\_\_\_)
* numero degli esami da superare o dei crediti dovuti nell’A.A. 2024/25: \_\_\_\_\_\_\_\_\_(crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* numero degli esami superati o dei crediti maturati nell’A.A. 2023/24: \_\_\_\_\_\_\_\_(crediti \_)

 Si dichiara il superamento di tutti gli esami relativi all’anno precedente e si allega relativa documentazione probante:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero degli esami o dei crediti mancanti al conseguimento del titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_(crediti\_\_\_\_\_\_)

(specificare)

**N.B. indicare se trattasi di Laurea di I o II livello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Diploma Post-Universitario di:

presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale in via CAP città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ISCRITTO ❒ IN ATTESA DI ISCRIZIONE per l’Anno Accademico 2024/2025 al anno

**La durata del corso di studi è di anni: \_\_\_\_\_\_\_\_**

* numero degli esami o dei crediti totali del Corso \_\_\_\_\_\_ (crediti )
* numero degli esami da superare o dei crediti dovuti nell’A.A. 2024/25: (crediti )
* numero degli esami superati o dei crediti maturati nell’A.A. 2023/24: (crediti )
* numero degli esami o dei crediti mancanti al conseguimento del titolo: (crediti ) (specificare)

### ALLEGA ALLA DOMANDA:

* + Certificato di iscrizione o dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà;
	+ fotocopia del bollettino di pagamento della tassa d’iscrizione (o autocertificazione);
	+ autocertificazione di iscrizione al corso;
	+ fotocopia documento d’identità tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in corso di validità.

##  PER GLI STUDENTI UNIVERSITARI/POST UNIVERSITARI

# Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n

tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail aziendale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

in servizio nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_ presso Ufficio/Servizio/U.O. telefono interno diretto dal Dott./Dr./Coordinatore sede di servizio (nominativo)

### con il seguente rapporto di lavoro:

* determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indeterminato

con orario: ❒ tempo pieno ❒ part-time \_\_\_\_%

## D I C H I A R A

1. **di essere iscritt\_ nell’Anno Accademico 2024/2025 presso l’Università di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facoltà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al \_\_\_\_ anno del corso di Laurea/Master/Scuola di Specializzazione/Corso di Perfezionamento in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data inizio corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di aver superato n. \_\_\_\_\_\_ esami previsti dal piano di studi per A.A. 2023/2024.

## O P P U R E

##  PER GLI STUDENTI IN ATTESA DI ISCRIZIONE

# Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n \_\_\_

tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail aziendale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_ presso Ufficio/Servizio/U.O. telefono interno diretto dal Dott./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_- Coordinatore sede di servizio (nominativo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### con rapporto di lavoro a tempo:

* determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indeterminato

con orario: ❒ tempo pieno ❒ part-time \_\_\_\_%

## D I C H I A R A

### di essere in attesa di iscrizione per l’Anno Accademico 2024/2025 al seguente Corso di Studi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_anno data inizio corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si impegna a dare tempestiva comunicazione dell’avvenuta iscrizione entro e non oltre il 30/06/2025 inoltrando la relativa certificazione o autocertificazione, pena esclusione dall’avviso.** Si impegna, inoltre, a comunicare, non appena saranno rese note, le date di inizio e termine del Corso.

## O P P U R E

##  PER GLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE INFERIORI E SUPERIORI/SCUOLE DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

# Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail aziendale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_ presso Ufficio/Servizio/U.O. telefono interno diretto dal Dott./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordinatore sede di servizio (nominativo)

### con rapporto di lavoro a tempo:

* determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indeterminato

con orario: ❒ tempo pieno ❒ part-time \_\_\_\_%

### D I C H I A R A

**di essere iscritt\_ per l’Anno Scolastico 2024/2025 presso la Scuola:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede: \_\_\_\_\_\_\_\_anno di frequenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_data inizio frequenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine frequenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamente**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.  |

Data Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_

Allego fotocopia fronte-retro documento d’identità nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato il da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di che trattasi.