

Allegato: "1"

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
Ai sensi dell'articolo 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.

**AL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE
AMIATA SENESE E VAL D'ORCIA – VALDICHIANA SENESE**

..l./l. sottoscritto/a matricola n
nato/a a il residente
a in via
tel.....

dependente a tempo indeterminato/determinato per mesi n°.....(incarico di durata non inferiore
a sei mesi continuativi, comprensivi di eventuali proroghe) di Codesta Azienda Sede Operativa
.....Zona/distretto.....
con la qualifica di a tempo pieno/parziale

CHIEDE

ai sensi dell'art. 62 del CCNL 2019/2021 del personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 03.11.2022,
di usufruire dei permessi retribuiti per studio nella misura massima di:

- 150 ore annue (*per il personale del comparto a tempo indeterminato*);
- 150 ore riproporzionate alla durata temporale, nell'anno di riferimento (2024), del contratto stipulato per
mesi n°..... (*per il personale del comparto a tempo determinato*);

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445:

- di essere iscritto alla scuola/corso di
presso..... indirizzo posta elettronica
..... scuola/facoltà.....;

- di essere iscritto ala.a./ a.s. in corso fuori corso ripetente;

- di avere inoltrato domanda per l'iscrizione al anno del corso di.....
..... presso

e di essere in attesa della comunicazione dell'eventuale ammissione (*da compilare solo in caso di corsi con
preselezione*);

- che il corso ha durata legale di anni/ n° ore per il conseguimento del titolo di studio
.....;

- di aver / non aver conseguito tutti gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

- che l'attività didattica inizia il e termina il

- di avere/non avere già usufruito negli anni precedenti delle 150 ore per lo stesso diverso corso di studi;
- di allegare copia bollettino versamento tasse (*riferita alla quota di iscrizione al corso*);
- di riservarsi di inviare prima dell'inizio del corso copia bollettino versamento tasse (*in caso di corsi con preselezione*);
- di impegnarsi a trasmettere secondo le modalità indicate nell'avviso, regolari attestati di frequenza, nonché certificazione degli esami sostenuti, consapevole che in mancanza di detta documentazione i permessi utilizzati saranno convertiti in aspettativa non retribuita per motivi personali.

Allega a tal fine copia del documento di riconoscimento , ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00 e dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

..... Lì,

Firma

Dichiara, infine, di essere informato come previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 - così come modificato dal D.Lgs. n° 101/2018 di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy (Reg. UE n° 679/2016, GDPR) - che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

..... Lì,

Firma

Visto per presa visione:
Il Direttore SdS

.....