

Allegato 2)

**RICHIESTA PERMESSO DI STUDIO**

AL RESPONSABILE SERVIZIO RISORSE UMANE, AFFARI GENERALI, ORGANIZZAZIONE E  
PIANIFICAZIONE DI ASP DEL FORLIVESE  
E PER CONOSCENZA AL FUNZIONARIO/COORDINATORE RESPONSABILE DEL SERVIZIO: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

dipendente di Asp del Forlivese a tempo:  indeterminato;  determinato;

tempo pieno;  a tempo part-time ore \_\_\_\_\_

iscritto/a presso \_\_\_\_\_

per il conseguimento del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

**chiede:**

di poter usufruire di nr. \_\_\_\_\_ ore di permesso studio nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_.

**allega:**

- Autocertificazione dell'attestazione di frequenza sottoscritta in calce sotto forma di dichiarazione sostitutiva di notorietà nella quale l'interessato si dichiara consapevole/reso edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi;
- Certificazione di presenza alla sessione d'esame rilasciata dal docente;
- Altro.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

F.to Il Richiedente \_\_\_\_\_