

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 _____