

**MODELLO DI DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE) PER L'ANNO 201...**

**AL Dirigente dell'Istituto Dott. Marco Ciatti**

*E,p.c.*

*Al Responsabile del settore dott./dr.ssa*

N. protocollo \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'Opificio Delle Pietre Dure di Firenze, in possesso del seguente titolo di Studio

\_\_\_\_\_ ,  
**consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:**

di essere :

in servizio con contratto di lavoro :

( ) a tempo indeterminato;

( ) a tempo determinato fino al .....

con la qualifica di

\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire nell'anno 201... dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n. 395/88 e dall'art. 13, comma 1, del CCNL del 16 maggio 2001, integrativo del CCNL del 16 febbraio 1999;

( ) il rinnovo dei permessi retribuiti, per un numero di anni pari alla durata legale del corso prescelto, per la quale ha già ottenuto permessi per i seguenti anni solari:

\_\_\_\_\_

( ) di poter fruire per la prima volta dei permessi di studio retribuiti, non avendone mai beneficiato in passato **per la stessa tipologia di corso di studio;**

( ) il rinnovo dei permessi retribuiti limitatamente ad un solo anno, essendo fuori corso ed avendo già usufruito dei permessi per la stessa tipologia di corso per un numero di anni pari a quello della durata legale del corso stesso nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**Ad ogni permesso di studio fruito, verrà allegata la dichiarazione di frequenza rilasciata dal docente con l'indicazione del corso, data frequenza e orario di inizio e termine lezione.**

## A TAL FINE DICHIARA

di essere iscritto e frequentare nell'anno solare 201..., il \_\_\_\_\_ anno del seguente corso di studi e di essere in regola con il pagamento delle relative tasse :

( ) abilitante ( ) di Laurea ( ) di specializzazione  
( ) di perfezionamento ( ) di formazione ( ) master

Per il conseguimento del titolo \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

**(Riportare l'esatta denominazione del corso al quale si è iscritti; riportare l'esatta denominazione dell'Istituzione frequentata: scuola, Università, Facoltà ecc. con il relativo indirizzo, cui inviare eventuali richieste di conferma delle dichiarazioni rilasciate).**

La cui durata legale complessiva è di n. \_\_\_\_\_ anni, con esame finale SI/ NO;  
Per il corso on line sono previste n. \_\_\_\_\_ ore di frequenza in presenza e /o n. \_\_\_\_\_ on line, con esame finale SI/NO;

PRECISA, altresì che la richiesta si riferisce a

- a)** - Frequenza di corsi finalizzati al conseguimento di un titolo di studio di istruzione primaria, secondaria o di un diploma di laurea, comprese le cosiddette "lauree brevi";
- b)** - Frequenza di corsi finalizzati al conseguimento del titolo proprio della qualifica di appartenenza;
- c)** - Frequenza di corsi finalizzati al conseguimento di titoli di qualificazione e riqualificazione professionale, compresi i corsi di specializzazione per l'insegnamento su posti di sostegno, e quelli in ogni modo riconosciuti nell'ambito dell'ordinamento scolastico;
- d)** - Frequenza di corsi finalizzati al conseguimento di titoli di studio post-universitari;

di avere una anzianità di servizio di anni \_\_\_\_\_ (Escluso l'anno in corso);

di non aver mai usufruito dei permessi per il diritto allo studio;

di avere usufruito dei permessi per il diritto allo studio nei precedenti anni :

2010  2011  2012  2013  2014  2015  2016  2017

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_.

*Il/la sottoscritto/a, i sensi della Legge n.675/96, autorizza l'Amministrazione ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento di cui alla presente domanda.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

Visto si Autorizza  
Il Dirigente  
Dott. Marco Ciatti