

All. 1

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO (IRCCS) DI PADOVA

AL Direttore GENERALE
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
(IRCCS) DI PADOVA
c/o UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE
Via Gattamelata 64, cap 35128
Padova

Il/la sottoscritto/a _____ Matricola IOV n° _____

nato/a _____ il _____

con rapporto di lavoro a tempo:

determinato

indeterminato

(specificare la percentuale dell'eventuale rapporto di lavoro a tempo parziale) _____

Qualifica _____

Struttura/ U.O. di appartenenza _____

n. telefonico interno _____ Cellulare _____

chiede di poter beneficiare dei permessi per il diritto allo studio per l'anno 2023 in conformità all'art. 48 del CCNL del 21/05/2018 Area Comparto e del Regolamento Aziendale vigente.

A tal fine il sottoscritto **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (art.46 D.lvo 445/2000) e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. stesso, in caso di dichiarazioni non veritiere **di essere iscritto**:

a) **Per le scuole di istruzione primaria, secondaria o di abilitazione professionale:**

(Tutti i campi sono obbligatori)

Scuola _____ via _____

Città _____ mail _____ telefono _____

per il conseguimento del diploma di _____ della durata legale di anni _____

-Di essere iscritto/a al (indicare l'anno 1°,2° ecc.) _____ anno di scuola e se per la prima volta **SI [] NO []**

b) Per i corsi universitari, post universitari o altro

(Tutti i campi sono obbligatori)

Università _____ via _____

Città _____ mail _____ telefono _____

Di essere iscritto/a per la prima volta al (indicare l'anno es. 1°,2°,F.C.) _____ anno di corso

con nr. di matricola _____

Corso di Laurea

Triennale in _____

magistrale in _____

Master in _____

Altro (specificare) _____

Durata legale di mesi/anni _____

Data di inizio _____

Data di fine _____

- Studente a tempo parziale: **SI []** _____ **NO []**
(Campo obbligatorio)

- Di aver superato tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti **SI []** **NO []**
(Campo obbligatorio)

- Dichiarare se la frequenza e' obbligatoria **SI []** **NO []**
(Campo obbligatorio)

c) per i tirocini obbligatori

Nel caso in cui il conseguimento del titolo di studio preveda lo svolgimento di tirocinio obbligatorio, dopo aver compilato i punti a) o b), indicare i dati dell'ente presso cui si svolgerà:

Denominazione _____ via _____

città _____ mail _____ telefono _____

Per a), b) e c)

Di aver già usufruito negli anni precedenti di permessi retribuiti - diritto allo studio, per lo stesso corso di studi, anche per un solo anno? **SI []** **NO []**

(Campo obbligatorio)

Dichiaro di essere informato ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura e a tal fine presto il consenso al trattamento dei dati personali ivi contenuti.

Data

Il richiedente

(Campo obbligatorio)

Si allega copia documento di identità in corso di validità