



U.O.C GESTIONE RISORSE UMANE

AVVISO INTERNO

PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI FINALIZZATI A GARANTIRE IL C.D. “DIRITTO ALLO STUDIO - 150 ORE – ANNO ACCADEMICO 2025/2026 AL PERSONALE DEL COMPARTO SANITÀ - EX ART. 62 CCNL COMPARTO SANITA’2019/2021.

In conformità al Regolamento Aziendale per la fruizione dei permessi per il diritto allo studio 150 ore - Area Comparto ai sensi art. 62 Ccnl comparto sanita’2019/2021, approvato con Deliberazione 797 del 14.11.2023, è indetto il presente Avviso Interno per l’Anno Accademico 2025/206, riservato al personale dipendente dell’Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon, in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato con contratto di durata non inferiore a sei mesi, **e appartenente all’Area Comparto Sanità**, per la fruizione dei permessi retribuiti per il c.d. “Diritto allo Studio”, nella misura di:

- 150 ore per i dipendenti a tempo indeterminato;
- un monte ore riproporzionato in base alla durata temporale del contratto a tempo determinato stipulato per i dipendenti a tempo determinato;

Ai sensi e per gli effetti della precitata normativa contrattuale, i permessi per il "Diritto allo Studio" potranno essere concessi nel limite del 3% del predetto personale in servizio.

Poiché l’Anno Accademico può avere inizio e decorrenza diversa, in relazione ai differenti ordinamenti didattici dei percorsi di studio, la fruizione dei permessi sarà riconosciuta dal 01/11/2025 al 31/10/2026.

La domanda dovrà essere redatta esclusivamente sul modulo predisposto dalla U.O.C. Gestione Risorse Umane, in allegato al presente avviso.

La stessa dovrà essere debitamente compilata, leggibile, sottoscritta dal candidato e unitamente alla scansione di un valido documento d'identità, trasmessa, **pena esclusione**, dal 01.11.2025 al 10.11.2025 al seguente indirizzo di Posta Elettronica: personale@santobonopausilipon.it.

Qualora le richieste non superino il numero massimo del 3% dei posti disponibili, potranno essere ammessi al beneficio anche i candidati le cui istanze sono state presentate oltre il termine previsto dal presente Avviso. In tal caso i permessi per il diritto allo studio potranno essere fruiti nell'arco di tempo decorrente dal provvedimento di autorizzazione e fino al 31.10.2026.

L'Assistente Amm.vo
Dott.ssa Maria Petrizzo
f.to digitalmente

**IL DIRETTORE U.O.C.
GESTIONE RISORSE UMANE**
Dott.ssa Alessandra Covino
f.to digitalmente

Oggetto: Richiesta concessione permessi retribuiti per diritto allo studio anno _____.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____, residente a _____ in via _____,
dipendente di questa Azienda con il profilo
professionale di _____, matricola n. _____,
in servizio presso _____,
cellulare _____, e-mail: _____.

CHIEDE

Di poter beneficiare dei permessi retribuiti per diritto allo studio, di 150 ore, per l'anno _____
in conformità all'art. 62 del CCNL Area Comparto del 02.11.2022 triennio 2019-2021 per la frequenza del
seguente _____ corso _____ di _____ studi _____
_____ presso l'Istituto/l'Università _____ di cui allega, alla
presente, la relativa dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Presta servizio con rapporto di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
☐ a tempo parziale (_____ %)

Del beneficio in parola

- ☐ non ha mai usufruito
☐ ha usufruito per l'anno/i _____;

A tal fine il sottoscritto, sotto la propria responsabilità e in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le false dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

DICHIARA

Di essere iscritto/a a:

☐ **Scuola Secondaria di primo grado** (durata anni 3) denominazione
istituto _____ anno da frequentare _____;

☐ **Scuola Secondaria di secondo grado** (durata anni 5) denominazione istituto
_____ anno da frequentare _____; orario delle lezioni di cui è obbligatoria la
frequenza dalle _____ alle _____

☐ **Corso di Laurea triennale** presso l'Università _____ sede di _____
_____ facoltà e specifico corso di laurea _____

iscritto/a al: ☐ 1° anno ☐ 2° anno ☐ 3° anno

☐ regolare ☐ fuori corso

☐ **di aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

☐ **di NON aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

Università telematica: ☐ SI ☐ NO

Se Università telematica:

☐ **corso svolto in modalità interattiva sincrona nella quale è prevista la presenza, in tempo reale, dei docenti e degli studenti.**

☐ **Corso di Laurea specialistica/magistrale** presso l'Università _____

sede di _____ facoltà e specifico corso di laurea _____

iscritto/a al: ☐ 1° anno ☐ 2° anno ☐ 3° anno ☐ 4° anno ☐ 5° anno

☐ regolare ☐ fuori corso

☐ **di aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

☐ **di NON aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

Università telematica: ☐ SI ☐ NO

Se Università telematica:

☐ **corso svolto in modalità interattiva sincrona nella quale è prevista la presenza, in tempo reale, dei docenti e degli studenti**

☐ **Scuola di specializzazione** presso l'Università _____

sede di _____ facoltà e specifico corso _____

iscritto/a al: ☐ 1° anno ☐ 2° anno

☐ regolare ☐ fuori corso

☐ **di aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

☐ **di NON aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

Università telematica: ☐ SI ☐ NO

Se Università telematica:

☐ **corso svolto in modalità interattiva sincrona nella quale è prevista la presenza, in tempo reale, dei docenti e degli studenti**

☐ **MASTER PLURIENNALE** presso l'Università _____

sede di _____ facoltà e specifico corso _____

iscritto/a al: ☐ 1° anno ☐ 2° anno

☐ regolare ☐ fuori corso

☐ **di aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

☐ **di NON aver superato** tutti gli esami previsti dal piano di studi per gli anni precedenti

Università telematica: ☐ SI ☐ NO

Se Università telematica:

☐ **corso svolto in modalità interattiva sincrona nella quale è prevista la presenza, in tempo reale, dei docenti e degli studenti**

☐ **MASTER ANNUALE** presso l'Università _____

sede di _____ facoltà /specifico corso _____

Università telematica: ☐ SI ☐ NO

Se Università telematica:

☐ **corso svolto in modalità interattiva sincrona nella quale è prevista la presenza, in tempo reale, dei docenti e degli studenti**

DICHIARA, altresì

- di aver preso visione di tutte le istruzioni e condizioni stabilite nel Regolamento;
- di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi potrà avvenire qualora sussista la coincidenza tra l'orario di svolgimento delle lezioni e l'orario di servizio;
- di essere a conoscenza che la mancata corretta ed integrale compilazione della presente istanza potrà comportare l'esclusione del beneficio in parola;
- di aver preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "GDPR" e della vigente normativa italiana di riferimento scaricabile dal sito web aziendale: www.santobonopausilipon.it nella sezione "home page – amministrazione trasparente" e di dare il consenso al trattamento dei dati personali.

SI IMPEGNA

- A comunicare formalmente e tempestivamente l'eventuale rinuncia al beneficio;

Allega copia del documento di identità.

Li, _____

Firma del dipendente _____