



Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna

AL DIRETTORE S.C. RISORSE UMANE
Dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e
della Valchiavenna

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ e residente in
_____, con domicilio in
_____,
dipendente dall'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna nel profilo professionale
di _____ a tempo indeterminato, in servizio
presso _____,
presa visione delle norme che regolano il diritto allo studio (art. 22 CCNL Integrativo del Comparto
Sanità del 20/9/2001)

CHIEDE

la concessione del beneficio delle "150 ore" in quanto iscritto/a al corso didattico per il
conseguimento del titolo di studio di _____ presso
_____ per l'anno 2016.

A tal fine **allega originale (o copia autenticata, ex art. 76 DPR 445 del 28/12/2000) del relativo
certificato di iscrizione**, in carta libera.

Data _____

FIRMA _____

VISTO PER PRESA VISIONE

(Il Responsabile del Servizio di appartenenza di appartenenza del dipendente/Caposala)

.Data _____ Firma _____