



Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**

**DIREZIONE GENERALE**  
Piazzale Cinelli 4 – 61121 PESARO

**Direttore Generale**

**Segreteria**  
Tel: 0721.366304  
Fax: 0721.366311

Mail to  
direzione@ospedalesansalvatore.it

**REGIONE MARCHE**

AO Ospedali Riuniti Marche Nord  
AORMN 0043337  
PERS P 190  
24/10/2016

**AVVISO**

**CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI PER DIRITTO ALLO STUDIO  
-150 ORE-**

**RISERVATO AL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO DELL'AREA COMPARTO**  
secondo le modalità allegate e dell'art. 22 del CCNL integrativo del 20/09/2001

**ANNO ACCADEMICO 2016/2017**

Si rende noto

che l'Azienda concede, al personale a tempo indeterminato (3% del personale), permessi retribuiti della durata massima di 150 ore (art. 22 c.1 CCNL 20/09/2001). I permessi di cui al comma 1 (art. 22 CCNL 20/09/2001) sono concessi per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali e attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

La fruizione delle "150 ore" è legata all'anno scolastico/accademico ed ha validità esclusivamente per tali periodi.

A tal fine gli interessati dovranno presentare domanda utilizzando il modulo pubblicato unitamente al presente bando - nel sito internet [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it) o in intranet aziendale nella sezione:

Modulistica e qualità/Modulistica/Gestione del personale/150 ore anno 2016-2017.

La domanda dovrà essere corredata da copia di documento di identità in corso di validità e vistata per presa visione dal Responsabile/Coordinatore.

Le domande di partecipazione, redatte in carta semplice secondo il modello sopra indicato, sottoscritte dagli interessati e corredate dalla prescritta documentazione, vanno dirette al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", P.le Cinelli, 4 61121 Pesaro e devono essere inoltrate tramite servizio postale oppure presentate all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 08:30 alle ore 13:00 tutti i giorni feriali escluso il sabato, entro il giorno:

**21 NOVEMBRE 2016**

Gli iscritti a Corsi Universitari/Post-Universitari/Scuole di Specializzazione devono inoltre allegare: Piano di Studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico.

Le modalità di concessione delle "150 ore", della fruizione, certificazione e frequenza ai corsi ed esami sono indicate nel CCIA "Diritto allo Studio".

Per informazioni: U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane tel. 0721 36 63 87 (Sig. Stefano Gasparini).

U.O.C. Gestione ed  
Amministrazione delle  
Risorse Umane  
Dott. Redolfo Pasquini

Il Direttore  
**Dr.ssa Maria Capalbo**

**A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord - Sede legale: P.le Cinelli 4 – 61121 PESARO** - P.Iva 02432930416  
Centralino Pesaro 07213611 – Centralino Fano 07218821  
[www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it)

Al Direttore Generale

A. O. "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Piazzale Cinelli, 4

61121 – PESARO

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### Visto

l'avviso per la concessione delle 150 ore anno 2016/2017

### Chiede

la concessione di permessi retribuiti per diritto alla studio (150 ore) al fine di frequentare il corso di studi sotto indicato

Titolo corso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durata complessiva del corso anni: [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] Anno di iscrizione: [ 1° ] [ 2° ] [ 3° ] [ 4° ] [ 5° ] [F.Corso]  
(barrare le rispettive caselle)

data inizio a. accademico \_\_\_\_\_ data fine a. accademico \_\_\_\_\_

### Dichiara

- di essere dipendente a tempo indeterminato  
con qualifica di \_\_\_\_\_
- di prestare attualmente servizio presso \_\_\_\_\_

(indicare la unità operativa di appartenenza)

➤ per l'anno scolastico/accademico 2016-2017 di essere iscritto e di frequentare il corso di studi per il conseguimento del seguente titolo studio di: (barrare una casella)

Scuola di istruzione primaria	Scuola di istruzione secondaria	Corso universitario	Corso post-universitario master Scuole di specializzazione	Corso di qualificazione professionale	altro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------	---	---------------------------------------	-------

Nome Istituto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sito a: Città \_\_\_\_\_ Prov; \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono segreteria: \_\_\_\_\_ fax segreteria: \_\_\_\_\_  
mail: \_\_\_\_\_

➤ di  avere  non avere superato tutti gli esami relativi agli anni precedenti

(solo se studenti universitari o post-universitari)

➤ di  avere fruito  non avere fruito in precedenza dei permessi 150 ore sia per lo stesso corso che per altro corso di studi

➤ di  allegare la seguente documentazione

- Certificato di iscrizione
- Calendario ed orario delle lezioni
- Piano degli studi relativo agli esami da sostenere nell'anno accademico (per i soli studenti iscritti a: Corsi Universitari/ Post Universitari / Scuole di Specializzazione)
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità

➤ che la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Visto: Il Responsabile / Coordinatore  
\_\_\_\_\_