**Allegato 1**

|  |
| --- |
| **Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**  Ai sensi dell’articolo 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i. |

**AL DIRETTORE SOCIETA’ DELLA SALUTE PISTOIESE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_/ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cap\_\_\_\_\_)Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipendente a tempo indeterminato/determinato per mesi n°\_\_\_\_\_\_(incarico di durata non inferiore a sei mesi continuativi, comprensivi di eventuali proroghe) di SdS Pistoiese con la qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo pieno/parziale

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 62 del CCNL 2019/2021 del personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 03.11.2022, di usufruire dei permessi retribuiti per studio nella misura massima di:

* 150 ore annue (*per il personale del comparto a tempo indeterminato);*
* 150 ore riproporzionate alla durata temporale, nell’anno di riferimento, del contratto stipulato per mesi n° \_\_\_\_\_*(per il personale del comparto a tempo determinato);*

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445:

- di essere iscritto alla scuola/corso di studi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere iscritto al\_\_\_\_\_\_\_\_\_a.a./a.s. in corso/fuori corso/ripetente;

- di non trovarsi/trovarsi nello status di studente a tempo parziale;

- che il corso ha durata legale di anni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /n° ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il conseguimento del titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di frequentare l’anno di corso n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di aver/non aver conseguito tutti gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

- che l’attività didattica inizia il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e termina il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di avere/non avere usufruito negli anni precedenti delle 150 ore per lo stesso/diverso corso di studi;

- di allegare copia del bollettino versamento tasse *(riferita alla quota di iscrizione al corso)*;

- di impegnarsi a trasmettere secondo le modalità indicate nell’avviso, regolari attestati di frequenza, nonché certificazione degli esami sostenuti, consapevole che in mancanza di detta documentazione i permessi utilizzati saranno convertiti in aspettativa non retribuita per motivi personali.

Allega a tal fine copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/00 e dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità dall’art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere informato come previsto dal D. Lgs. 30.06.2003 n° 196 – così come modificato dal D. Lgs. n° 101/2018 di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla Privacy (Reg. UE n° 679/2016, GDPR) – che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lì,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_