DOMANDA DI CONCESSIONE DEL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE)

Il/La sottoscritto/a

cognome_____ nome _____

matr. n. _____ nato/a a _____

il _____

□ dipendente a tempo **indeterminato** con rapporto di lavoro

o a tempo pieno

o a tempo parziale pari a _____ore settimanali

□ dipendente a tempo **determinato** fino al _____(data di scadenza del rapporto di lavoro in corso) e con rapporto di lavoro a **tempo pieno**

assegnato/al seguente istituto scolastico

_____

in possesso del titolo di studio_____

C H I E D E

di poter fruire dei permessi retribuiti per ragioni di studio (150 ore) per l'anno scolastico _____

Fa presente che intende fruire delle 150 ore per la:

□ frequenza dell'anno scolastico _____

□ frequenza dell'anno accademico_____

□ corsi finalizzati al conseguimento di un dottorato di ricerca

□ frequenza di un master universitario di primo o di secondo livello

□ frequenza di corsi di specializzazione post-universitari (che prevedono il superamento di un esame finale)

□ frequenza di corsi universitari finalizzati al conseguimento dell'abilitazione all'insegnamento alla classe di concorso

□ corsi per il conseguimento della specializzazione di sostegno

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445)

D I C H I A R A

□ di essere iscritto

□ di essere in attesa di iscrizione

all'anno scolastico _____/_____dell'Istituto

_____

avente sede in_____

□ all'anno accademico _____/_____della Facoltà di_____

dell'Università degli studi di _____per il conseguimento della:

- o laurea
- o laurea specialistica / magistrale;

_____

_____

per il conseguimento del seguente titolo di studio _____

della durata legale di _____anni;

□ all'anno accademico _____/_____della Facoltà di_____

dell'Università degli studi di _____

e di aver superato tutti gli esami (o tutti tranne uno) del corso di laurea;

□ al corso di specializzazione post-universitario in

_____

□ di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento U.E. n. 679 del 2016.

Luogo e data _____ Firma _____

(firma del dichiarante)

VISTO / IL DIRIGENTE

(timbro e firma del Dirigente)