

**Al Dirigente dell'Ufficio Scolastico Regionale
Ufficio VI Ambito Territoriale della provincia di Arezzo**

(per il tramite dell'istituzione scolastica di attuale servizio)

OGGETTO: Permessi per il diritto allo studio – richiesta fruizione –
Contratto Integrativo Regionale Toscana del 28-05-2019 – anno scolastico 2020

Il sottoscritt _____

nat il _____ a _____ Prov. _____

Tel. _____ e-mail _____

In servizio presso (in caso di servizio su più scuole, indicare tutte le scuole)

in qualità di _____

con contratto:

tempo indeterminato a tempo pieno

tempo indeterminato a part-time con ore settimanali _____ su _____ (in caso di servizio su più scuole, specificare il n. ore su ciascuna scuola)

tempo determinato fino al 31 agosto _____

tempo determinato fino al 30 giugno _____, con ore settimanali _____ su _____ (in caso di servizio su più scuole, specificare il n. ore su ciascuna scuola)

Premesso che

È iscritto/a al seguente anno del corso di studio _____

Organizzato da _____

nella/e sede/i di _____

della seguente durata legale dal _____ al _____

al quale è immatricolat _____ dal _____

CHIEDE

Di poter fruire dei permessi in oggetto per poter frequentare il corso di cui sopra e per poter sostenere gli esami/prove previsti dal regolamento del corso medesimo.

Con l'impegno di comunicare al Dirigente Scolastico, competente in ordine agli atti di specifica erogazione, ogni possibile variazione del calendario di massima di cui sopra.

A tal fine dichiara di

Essere stato/a assunto/a nel ruolo di attuale appartenenza dal _____

*Aver svolto i seguenti servizi di ruolo e/o non di ruolo riconosciuti o riconoscibili ai fini della ricostruzione di carriera:

dal	al	presso	In qualità di

Per il medesimo corso oggetto della presente dichiara:

__ di avere già beneficiati di permessi per il diritto allo studio nei seguenti anni:
_____ e quindi di chiederne la conferma del beneficio;

__ di non avere mai beneficiato dei permessi in parola.

Data _____

Firma _____

*indicare chiaramente i periodi, specificando, qualora non venisse indicato un intero anno scolastico, il numero di giorni o di mesi relativi a ciascun anno scolastico.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

__ I __ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____, residente a _____ (Prov. __)
in Via _____,
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA
(cancellare le voci che non interessano)

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n.445,

di essere iscritt__ nell'anno scolastico / accademico 20... / 20... dal _____ al _____
(1) anno del corso di studi / abilitante / di Laurea / di Specializzazione / di Perfezionamento in
(2) _____ / presso l'Istituto /
l'Università degli Studi / Politecnico / di _____ (3) con sede in
_____.

al quale è immatricolat__ dal _____

La durata legale del corso è di n. _____ anni scolastici / accademici (escluse dilazioni).

Il/ la sottoscritt__ , ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/6/2003, autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Allega copia fotostatica della carta d'identità.

(luogo) _____
(data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

N.B.:

(1) aggiungere F.C. se trattasi di anno fuori corso

(2) Riportare l'esatta denominazione del corso al quale si è iscritti;

(3) Riportare per esteso l'esatta denominazione dell'istituzione scolastica frequentata (Scuola, Università, Facoltà, ecc.) con il relativo indirizzo, compreso l'indirizzo di posta elettronica e specificare per le istituzioni non statali gli estremi del riconoscimento da parte dell'ordinamento pubblico italiano.