



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

P. IVA : 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 **Novara**

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

www.asl.novara.it

ISTANZA PER CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI PER MOTIVI DI STUDIO
EX ART. 62 C.C.N.L. 02/11/2022 COMPARTO SANITÀ (150 ORE), ANNO 2024

Al Direttore
s.c. Gestione del Personale
e Valorizzazione delle Risorse Umane
Dott. Gianluca Corona

e.p.c. Al Direttore/Responsabile s.c. / s.s.d.

Il/La sottoscritto/a _____,

dipendente a tempo:

- a tempo indeterminato e pieno
- a tempo indeterminato e parziale, nella misura del _____% rispetto al tempo pieno
- a tempo determinato con contratto di lavoro della durata di mesi _____, e più precisamente dal _____ al _____ (comprensivi anche di eventuali proroghe)

dell'Azienda A.S.L. NO – Novara, in servizio presso la Struttura _____

sede di _____

tel. interno _____

numero cellulare _____

con inquadramento nell'Area Contrattuale _____

nel Profilo Professionale _____

numero matricola _____



www.regione.piemonte.it/sanita



CHIEDE

che gli siano concessi permessi retribuiti ai sensi dell'art. 62 CCNL 02/11/2022 (diritto allo studio) necessari per la frequenza del seguente corso:

(1) _____

(2) organizzato da

(1) Precisare se: scuola media di 1° grado; scuola media di 2° grado; laurea; diploma di specializzazione (post lauream); altri eventuali: specificare dettagliatamente.

(2) Indicare l'Istituto o la scuola statale, parificata o legalmente riconosciuta o comunque abilitata al rilascio di titoli di studio legale o attestati professionali riconosciuti dall'Ordinamento Pubblico

Se trattasi di corso universitario, indicare se:

- studente a tempo pieno
- studente a tempo parziale, con durata del corso di studi pari ad anni _____

Si precisa che:

- ai sensi dell'art. 62 comma 2 del CCNL Comparto Sanità 02/11/2022, per i dipendenti a tempo determinato la misura massima individuale del permesso retribuito per diritto allo studio pari a 150 ore deve essere riproporzionata alla durata temporale, nell'anno solare di riferimento, del contratto a tempo determinato stipulato;
- ai sensi dell'art. 62 comma 12 del CCNL Comparto Sanità 02/11/2022, per i lavoratori a tempo indeterminato o determinato iscritti a corsi universitari con lo specifico status di studente a tempo parziale, i permessi per motivi di studio sono concessi in misura ridotta, in proporzione al rapporto tra la durata



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

P. IVA : 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 **Novara**

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

www.asl.novara.it

ordinaria del corso di laurea rispetto a quella stabilita per il medesimo corso per lo studente a tempo parziale;

- alla luce del costante orientamento ARAN, il diritto allo studio non è utilizzabile per i tirocini, qualsiasi sia la tipologia di rapporto di lavoro intercorrente tra l'ASL NO e il dipendente che ne faccia richiesta

Allega alla presente, **a pena di irricevibilità dell'istanza:**

- certificato di iscrizione o autocertificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 N. 445, con precisazione dell'anno di frequenza (es: 1° anno, 2° anno di n. _____ anni previsti dal corso);
- fotocopia di un documento di identità, in corso di validità.

Data _____

Firma _____



www.regione.piemonte.it/sanita
