

Al Direttore Generale dell'A.R.P.A.M.
Via Ruggeri, n.5
60131 ANCONA

Il/La sottoscritt_ _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ Via _____, dipendente dell'ARPAM nel profilo di _____, in servizio a tempo _____ determinato presso _____, **presa visione delle norme che regolano la fruizione del beneficio di cui trattasi**

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio (**150 ore**) ai sensi dell'art. 48 del CCNL 21.05.2018 e del Regolamento per la concessione di permessi retribuiti per il diritto allo studio, approvato con determina n. 148/DG del 29.10.2013.

A TAL FINE, 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 DEL 28.12.000 E DELLA DECADENZA DEI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONE NON VERITIERA AI SENSI DELL'ART.75 DEL CITATO D.P.R.,

DICHIARA

di essere iscritto/a, per l'anno scolastico / accademico 2021/2022 presso la scuola / università (specificare): _____ con sede in Via _____

Città _____ Tel. _____

al _____ (anno da frequentare) **in corso** / **fuori corso** / **ripetente** e che il corso stesso dura complessivamente n. _____ anni ed è destinato al conseguimento del seguente titolo di studio / attestato professionale _____ per frequentare, sostenendo i relativi esami, il seguente corso _____

Se studente universitario o post universitario, dichiara **di essere** **di non essere** in *regola con il superamento degli esami previsti dall'ordinamento didattico per gli anni precedenti.*

Il sottoscritto dichiara di **aver** **non aver** già fruito di analogo beneficio per il medesimo corso di studio.

Dichiara, altresì (per eventuali ulteriori dichiarazioni) _____

Allega, alla presente, fotocopia di un valido documento di identità.

Data _____

Firma _____

VISTO PER PRESA VISIONE:
Il Responsabile della struttura

Il Direttore del Dipartimento/Servizio