(Fac-simile domanda permessi studio)

ARCS
Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Alla SC Gestione Risorse Umane
inviata via PEC all'indirizzo:
arcs@certsanita.fvg.it

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER MOTIVI DI STUDIO ANNO 2027

Avviso prot. n. 41051/P del 12/11/2026

_l_ sottoscritt_ _____ nato/a il_____ a _____ n. tel. _____ indirizzo e-mail _____ dipendente dell'Azienda, in servizio presso la struttura / servizio _____

con contratto a tempo: □ indeterminato □ determinato superiore a 6 mesi continuativi

□ tempo pieno □ part time orizzontale □ part time verticale; ore settimanali: _____

titolo di studio posseduto _____

CHIEDE

di poter beneficiare dei permessi retribuiti per motivi di studio per l'anno 2027, per la frequenza del corso: _____

presso l'Istituto/facoltà _____con sede a _____Via/Piazza/n._____PEC Istituto_____

A TAL FINE DICHIARA

- che si tratta di un corso di:

☐	Scuola di istruzione primaria
☐	Scuola di istruzione secondaria e di qualificazione professionale
☐	Corso di laurea triennale
☐	Corso di laurea magistrale
☐	Corso di laurea quinquennale (o laurea a ciclo unico)
☐	Corso post universitario, master, dottorato di ricerca
☐	Altre tipologie di corso

- che frequenta:

☐	un corso in modalità telematica
☐	in qualità di studente a tempo parziale

- che il suddetto corso ha inizio il ____/____/_____ e termina il _____/____/_____;
- che il corso sopra descritto è destinato al conseguimento del seguente titolo di studio/attestato professionale: (*barrare la voce corrispondente*)
  - ☐ titolo di studio legale _____
  - ☐ attestato riconosciuto dall'ordinamento pubblico _____
    _____
- che la durata totale del corso è di anni _____ (*se studente a tempo parziale indicare gli anni di frequenza previsti*) e
  - ☐ di essere iscritto per la prima volta al _____ anno del corso
  - ☐ di essere iscritto fuori corso per la _____ volta al _____ anno del corso
- che ha già usufruito dei permessi per motivi di studio:

  ☐ SI ☐ NO

(*in caso di risposta affermativa*) negli anni _____ per frequentare il corso _____ _____ presso _____

DICHIARA ALTRESI' (*solo per gli iscritti a corsi universitari ad anni diversi dal primo*)

- ☐ di aver superato gli esami previsti per gli anni precedenti
- ☐ di non aver superato gli esami previsti per gli anni precedenti

- di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi potrà avvenire soltanto qualora sussista coincidenza tra l'orario di svolgimento delle lezioni e l'orario di servizio;
- di dare atto delle disposizioni contenute nel Regolamento per la disciplina del diritto allo studio per il Personale del Comparto.

ALLEGA:

- ☐ certificato di iscrizione al corso di studi presso istituti privati o autocertificazione di iscrizione presso istituti pubblici;
- ☐ copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ per gli studenti universitari, piano di studi;
- ☐ per gli studenti universitari iscritti ad anni successivi al primo, attestazione degli esami previsti e sostenuti alla data di presentazione della domanda, fatta salva la possibilità di autocertificare

gli esami sostenuti ma non ancora registrati.

Il/la sottoscritto/a, in caso di rinuncia o di non ammissione al percorso formativo, si impegna a darne immediata comunicazione scritta alla struttura SC Gestione Risorse Umane.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Luogo/Data, _____ Firma _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati raccolti tramite la compilazione del presente modulo saranno trattati esclusivamente per le finalità ivi indicate secondo i principi di liceità, trasparenza e correttezza di cui al Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del Codice privacy s.m.i..
Per ulteriori informazioni sul trattamento dei propri dati personali e sull'esercizio dei diritti ad essi correlati consultare l'informativa estesa per i dipendenti resa ai sensi dell'art. 13 GDPR e disponibile nella sezione dedicata del sito istituzionale al seguente link: https://arcs.sanita.fvg.it/it/arcs/policy-arcs-materia-protezione-dati-personali/modello-organizzativo-privacy-mop/.

Per presa visione dell'informativa estesa, il/la dichiarante_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(artt.19 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritta/o_____

nata/o_____ il _____

residente a _____ prov.

(_____) in via _____n. _____

- *consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;*
- *consapevole della possibilità che l'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/200, esegua controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 dello stesso decreto qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione;*

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, *li* _____

Il/La dichiarante

_____

ARTICOLO 19 DPR N.445/2000 - *MODALITÀ ALTERNATIVE ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE.*

1. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

ARTICOLO 47 DPR N.445/2000 - *DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ.*

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.
2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati raccolti tramite la compilazione del presente modulo saranno trattati esclusivamente per le finalità ivi indicate secondo i principi di liceità, trasparenza e correttezza di cui al Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del Codice privacy s.m.i..
Per ulteriori informazioni sul trattamento dei propri dati personali e sull'esercizio dei diritti ad essi correlati consultare l'informativa estesa per i dipendenti resa ai sensi dell'art. 13 GDPR e disponibile nella sezione dedicata del sito istituzionale al seguente link: https://arcs.sanita.fvg.it/it/arcs/policy-arcs-materia-protezione-dati-personali/modello-organizzativo-privacy-mop/.

Per presa visione dell'informativa estesa, il/la dichiarante_____