



ASP - RAGUSA

PROTOCOLLO GENERALE

N.PROT. U - 0032998

DEL 23/11/2017

IL COMMISSARIO

U.O.C. Risorse Umane

Direttore: Avv. Giovanni Tolomeo

Via Giuseppe Di Vittorio 51

97100 Ragusa

Telefono 0932.600710

EMAIL antonino.nifosi@asp.rg.it

WEB www.asp.rg.it

Visto l'art. 22 del C.C.N.L. Integrativo del C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità siglato il 20.09.2001;

RENDE NOTO

Al fine di garantire il DIRITTO ALLO STUDIO (150 ore) è indetto

AVVISO

al personale del Comparto in servizio a tempo indeterminato per la concessione dei permessi retribuiti straordinari di cui all'art. 22 del C.C.N.L. Integrativo del personale del Comparto sanità siglato il 20.09.2001 nella misura massima di 150 ore annue individuali.

Tali permessi, che verranno concessi nel limite del 3% del personale del comparto a tempo indeterminato in servizio alla data del 1 gennaio 2018 con eventuale arrotondamento all'unità superiore, sono concessi per la frequenza di corsi finalizzati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

Il dipendente interessato potrà presentare, utilizzando apposita modulistica (scaricabile dal sito Aziendale), regolare domanda in carta libera indirizzata alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

**entro e non oltre il termine perentorio
del giorno 29.12.2017 ore 12.00**

Le domande, dovranno pervenire **nel termine sopra indicato**, con qualunque mezzo (servizio postale, consegna a mezzo corriere privato, pec, consegna diretta), **al protocollo generale dell'Azienda sito in Piazza Igea, 1 – Ragusa.**

Si precisa che l'invio avviene a rischio del mittente e pertanto non saranno prese in considerazione domande che pervengano oltre il suddetto termine.

Le domande devono essere corredate da documentazione che attesti l'iscrizione alla scuola o al corso di studi, o da dichiarazione sostitutiva d'iscrizione.

Nel caso di studenti lavoratori iscritti all'anno successivo al primo, oltre alla documentazione già indicata, le istanze devono essere corredate

dall'attestazione del superamento anno scolastico precedente o, se studenti universitari, dall'attestazione del superamento esami previsti dal piano di studi.

Qualora le istanze valide superino il 3% delle unità a tempo indeterminato in servizio presso l'Azienda alla data del 1 gennaio 2018, i permessi saranno concessi secondo le priorità definite dall'art. 22 del C.C.N.L. Integrativo del C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità stipulato il 7.04.1999.

Nel caso in cui il numero delle domande presentate entro il termine prescritto dal presente avviso non superi il limite massimo del 3%, verranno accolte anche le domande presentate oltre il termine previsto, fino al raggiungimento del contingente previsto, secondo l'ordine di presentazione delle istanze.

Qualora uno o più soggetti inseriti in graduatoria rinuncino ai benefici, o da verifiche effettuate d'ufficio, o dalla mancata presentazione della documentazione, emergano situazioni divergenti tra quanto dichiarato dagli interessati e ciò che è emerso in sede di verifica, l'Ufficio competente provvederà a revocare al beneficiario i permessi, e allo scorrimento della graduatoria, sempre nel rispetto del limite massimo del contingente previsto.

La concessione dei permessi retribuiti per motivi di studio, nella misura massima di 150 ore annue individuali, sarà evasa con atto deliberativo.

Ottenuto il beneficio, per la concessione dei permessi i dipendenti devono successivamente presentare:

1. per l'autorizzazione di ogni singola necessità di fruizione, istanza anticipata, utilizzando apposito modello, in cui sono precisati la giornata e l'orario occorrente per l'esplicazione del diritto allo studio - tale domanda, corredata da visto del diretto dirigente responsabile di struttura;
2. a fruizione avvenuta, la certificazione attestante la partecipazione nel giorno, o nelle ore autorizzate, alle lezioni ovvero il sostenimento degli esami anche se con esito negativo.

In mancanza delle certificazioni di cui al punto 2, i permessi già utilizzati, saranno considerati aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi.

L'istruttoria delle domande sarà curata dal Sig. Antonio Nifosi – Risorse Umane - Via Giuseppe Di Vittorio, 51 – 97100 Ragusa tel. 0932 - 600710.

Responsabile della istruttoria
Sig. Antonio Nifosi

Il Direttore della U.O.C.
Risorse Umane
Avv. Giovanni Tolomeo

Il Commissario
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

E' possibile scaricare il presente bando unitamente al modello di domanda dal sito aziendale www.asp.rg.it

Permessi retribuiti per DIRITTO ALLO STUDIO
(Art. 22 CCNL integrativo Comparto sanità siglato il 20.09.2001)

Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa
Piazza Igea n. 1
97100 Ragusa

Il / la sottoscritt _____

dipendente di questa Asp di Ragusa (matr. n _____) con contratto a tempo indeterminato:

☐ tempo pieno ☐ part-time orizzontale ☐ part-time verticale

assegnato alla U. O. _____

sede / presidio _____

con la qualifica di _____

CHIEDE

Di essere autorizzato a fruire dei permessi retribuiti per il diritto allo studio per l'anno solare

___2018___ (01/01 - 31/12) destinati alla frequenza dell'Istituto _____

_____ sede di _____

Per il conseguimento di _____

A tal fine allega alla presente:

- ☐ copia del certificato d'iscrizione
- ☐ copia ricevuta pagamento tasse di iscrizione (in attesa di inviare il certificato di iscrizione)
- ☐ autocertificazione / autodichiarazione (vedi allegato n. 2)

Il sottoscritto/a

- si riserva di presentare, qualora risulti beneficiario dei permessi di cui in argomento, la documentazione comprovante la frequenza ai corsi e l'attestato degli esami sostenuti;
- è consapevole che, in mancanza della presentazione della documentazione al punto precedente indicata, i permessi eventualmente utilizzati, saranno considerati aspettativa senza retribuzione per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi.

_____ lì _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONI / AUTODICHIARAZIONI

(Art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritt _____ nato a _____

Il _____ dipendente dell'Asp di Ragusa assegnato alla U. O. _____

sede / presidio di _____

DICHIARA

- ☐ di essere iscritto/a al seguente corso di studi universitario, post-universitario, ovvero alla scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statale, pareggiata o legalmente riconosciuta, o comunque abilitata al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico (specificare).

tipo di Corso _____ durata anni _____

presso la scuola/istituto/facoltà _____

_____ sede di _____

indirizzo segreteria _____ tel _____

nell'anno accademico / scolastico _____

- ☐ di essere iscritto al **primo anno**;

- ☐ di frequentare per la prima volta l'**ultimo anno** di corso di studi e, se studente universitario o post- universitario,

☐ di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

☐ di non aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

- ☐ di frequentare per la prima volta il 2 3 4 5 (barrare) anno e se studente universit:

☐ di aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

☐ di non aver superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

- ☐ di essere iscritto/a, se studente universitario **fuori corso** al _____ anno;

- ☐ di non avere mai usufruito dei permessi per lo stesso corso di studi;

- ☐ di avere usufruito dei permessi per lo stesso corso di studi negli anni:

2011 <input type="checkbox"/>	2012 <input type="checkbox"/>	2013 <input type="checkbox"/>	2014 <input type="checkbox"/>	2015 <input type="checkbox"/>	2016 <input type="checkbox"/>	2017 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- ☐ di essere nato il: giorno _____ mese _____ anno _____

Ragusa li _____

il / la dipendente _____

Allegare fotocopia documento di riconoscimento



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DATA

PROT.

U.O.C. Risorse Umane
Direttore: Avv. Giovanni Tolomeo

A. Al Direttore della Uoc Risorse Umane
Al Rilevatore di Presenza competente
Loro sedi

Via Giuseppe Di Vittorio 51
97100 Ragusa
Telefono 0932.600710

OGGETTO: Richiesta preventiva di autorizzazione Permessi per motivi di studio fino a un massimo di 150 ore art. 22 CCNL 07/04/99.

WEB www.asp.rg.it

Il /la sottoscritt _____

dipendente di questa ASP di Ragusa, matr. _____ , presso l'U.O. / Settore

_____ sede / presidio di _____

già autorizzato alla fruizione dei permessi per motivi di studio (150 ore) per

l'anno solare 2018 chiede di potersi assentare:

nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

giustificando tale assenza con la necessità derivante:

1. dalla frequenza delle lezioni di:

2. dal sostenimento dell'esame di:

3. altro:

(specificare)

data _____

FIRMA del dipendente

Visto del Direttore U.O. di appartenenza
