

**MODELLO DI DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE) PER L'ANNO 2025**

ALL'UFFICIO DI AMBITO TERRITORIALE DI \_\_\_\_\_

*per il tramite della scuola di servizio*

*N. protocollo dell'Istituzione scolastica*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

in servizio nell'a.s. 2024/2025 presso l'Istituzione Scolastica \_\_\_\_\_, in

possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_,

qualifica (contrassegnare la casella che interessa)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> personale A.T.A. _____               | <input type="checkbox"/> docente infanzia                      | <input type="checkbox"/> docente primaria    |
| <input type="checkbox"/> docente secondaria I grado cdc _____ | <input type="checkbox"/> docente secondaria II grado cdc _____ | <input type="checkbox"/> personale educativo |
| <input type="checkbox"/> docente I.R.C. (COMPETENZA USR       | CAMPANIA NAPOLI)   |  |

con contratto a (contrassegnare la casella che interessa)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tempo indeterminato a tempo pieno;  |                                    |
| <input type="checkbox"/> tempo indeterminato a part-time     | con ore settimanali _____ su _____ |
| <input type="checkbox"/> tempo determinato fino al 31 agosto | con ore settimanali _____ su _____ |
| <input type="checkbox"/> tempo determinato fino al 30 giugno | con ore settimanali _____ su _____ |

**CHIEDE**

di poter fruire nell'anno solare 2025 i permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n. 395/88 secondo le modalità previste dal Contratto Integrativo Decentrato Regionale e in particolare:

il rinnovo dei permessi di studio retribuiti, per i quali ha già beneficiato nei seguenti anni:

di poter fruire per la prima volta dei permessi di studio retribuiti, non avendone mai beneficiato in passato **per la stessa tipologia di corso di studio;**

**A TAL FINE, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, DICHIARA sotto la propria responsabilità:**

di essere iscritto/a al seguente corso di studio \_\_\_\_\_  
organizzato da \_\_\_\_\_  
presso la/e sede/i di \_\_\_\_\_ della durata legale  
di \_\_\_\_\_ anni (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_) e di essere in regola con il pagamento delle relative tasse;

*(Riportare l'esatta denominazione sia del corso al quale si è iscritti sia dell'Istituzione frequentata con il relativo indirizzo cui inviare eventuali richieste di conferma delle dichiarazioni rilasciate).*

Per i corsi on line specificare: n. ore di frequenza in presenza \_\_\_\_\_ e /o n. ore on line \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a si impegna, in caso di concessione dei permessi, a produrre al Dirigente Scolastico un prospetto dal quale risulti il calendario dei permessi da fruire, nonché la dichiarazione attestante l'iscrizione e frequenza dei corsi e gli esami intermedi e finali sostenuti. In particolare, per i corsi on line, la fruizione del beneficio è subordinata all'attestazione della partecipazione alle lezioni mediante la certificazione dell'avvenuto collegamento all'università telematica durante l'orario di lavoro. Deve essere certificata la fascia oraria, coincidente con quella di lavoro, in cui il dipendente potrà seguire le lezioni.

Dichiara altresì di:

essere stato/a assunto/a nel ruolo di appartenenza dal \_\_\_\_\_;

di aver svolto un totale di anni / mesi di servizi pre-ruolo conformemente a quanto previsto dal C.C.N.I. sulla mobilità del personale docente ed A.T.A. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

VISTO del Dirigente Scolastico  
\_\_\_\_\_

## Allegato per gli studenti Fuori Corso

Permessi retribuiti per il diritto allo studio  
Dichiarazione sostitutiva di certificazioni  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Al Dirigente dell'Ambito Territoriale di Salerno

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

in servizio presso (indicare la denominazione dell'istituzione scolastica – sede di servizio) \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare se docente di scuola dell'infanzia, primaria, media, superiore, ATA a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato)

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. 445/2000

### DICHIARA

di essere iscritto per l'anno accademico 2024/2025 **FUORI CORSO** (indicare a quale anno fuori corso e da quanti anni; *es. al 3° anno f.c. per la 2° volta*)

del seguente corso di studi (indicare la denominazione del corso di studi, **la durata legale dello stesso** nonché se trattasi di corso tradizionale o in modalità ON- LINE)

di aver SUPERATO nell'anno solare 2024 (**entro il 15/11/2024**) almeno un esame (N.B. specificare esame) \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione.

Firma

.....

DATA .....