



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

Sede legale: Via del Vespro n.129 – 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

AL DIRIETTORE DELL'AREA RISORSE  
UMANE DELL'AOUP "P. GIACCONE"

Oggetto: richiesta permessi per motivi di studio (150 ore annue) per l'anno solare 2027

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo indeterminato e/o determinato dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo appartenente  
all'Area del Comparto in servizio presso \_\_\_\_\_  
di codesta AOUP con la qualifica di \_\_\_\_\_,  
con rapporto di lavoro a tempo pieno e/o parziale

**CHIEDE**

di essere ammesso a fruire dei permessi Studio di n. 150 ore, per l'anno solare 2027, previsti dal regolamento aziendale e dalle vigenti normative in materia, o qualora vi siano più domande rispetto al numero massimo di beneficiari, di essere preso in considerazione al fine della formazione della relativa graduatoria. Il sottoscritto consapevole delle responsabilità penali in 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 alla classe/anno accademico \_\_\_\_\_ dell'istituto/facoltà \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il cui corso di studi ha durata di anni \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso conoscenza dell'informativa a tutela della privacy, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e prende atto che l'Azienda utilizzerà il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza per le finalità di cui alla procedura, nonché di essere a conoscenza delle norme previste dal Regolamento adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1240 del 21/09/2023.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ allega: \_\_\_\_\_

Palermo, lì \_\_\_\_\_

Il/La dipendente \_\_\_\_\_

**RECAPITO:**

COGNOME/NOME \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

Personale a contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_