

Al Direttore Generale dell’A.R.P.A.M. Via Ruggeri, n.5

***60131 A N C O N A***

Il/La sottoscritt\_

nato/a a

 il

e residente a

 Via , dipendente dell’ARPAM nel profilo di , in servizio a tempo

 indeterminato/determinato presso , **presa visione delle norme che regolano la fruizione del beneficio di cui trattasi**

C H I E D E

la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio (**150 ore**) ai sensi dell’art. 62 del CCNL

02.11.2022 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 2024/2025 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/servizio Il Direttore di Area Vasta