

**AL DIRETTORE U.O.C.
Risorse Umane
SEDE**

Il dipendente sottoscritto:

COGNOME _____

NOME _____

Nato a _____ il _____

Matricola n. _____

tel./Cell. n _____ tel. di lavoro n. _____

e-mail _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato (min. mesi 6) **non dirigente** con qualifica di:

Attualmente assegnato presso la seguente Struttura dell'A.O.U Policlinico G. Martino
(Dipartimento)

(Unità Operativa)

C H I E D E

di essere ammesso al beneficio del diritto allo studio anno scolastico-accademico **2019/2020:**

Per frequentare: _____

(indicare corso di studi)

A tal fine allega:

- **Certificato di iscrizione al Corso o Scuola o Autocertificazione;**
- **Documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data _____ Firma del dipendente _____