



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Servizio Unico Amministrazione del Personale

Il Direttore

Al Servizio Unico  
Amministrazione del Personale  
Ufficio Presenze

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

Servizio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ appartenenza

### CHIEDE

di poter fruire, per l'anno solare **2020**, del beneficio del **DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE)**

per (indicare corso di studio)

\_\_\_\_\_

Università o Scuola \_\_\_\_\_ di (città) \_\_\_\_\_

A tal fine allega:

**Autocertificazione della avvenuta iscrizione**

Modena, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

**VISTO RESPONSABILE SERVIZIO DI APPARTENENZA**

-----  
(Direttore /Capo Sala/Capo Tecnico)