



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

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

Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

Il Direttore

Al Servizio Unico
Gestione Economico Operativa del Personale
Ufficio Presenze

Il/La sottoscritto/a _____

Servizio di appartenenza _____

CHIEDE

di poter fruire, per l'anno solare **2024**, 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 al percorso di studio

Modena, _____

Firma del richiedente

VISTO RESPONSABILE SERVIZIO DI APPARTENENZA

(Direttore /Capo Sala/Capo Tecnico)