DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO   
(*150 ORE*) PER L’ANNO SOLARE 2024

**All’Ufficio IV - Ambito Territoriale di Matera**

**Via Lucana, 194 - 75100** – **MATERA**

[**uspmt@postacert.istruzione.it**](mailto:uspmt@postacert.istruzione.it)

***(per il tramite della scuola di servizio)***

**ATTENZIONE: LE DOMANDE CHE RISULTERANNO MANCANTI DEI DATI RICHIESTI NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE. PERTANTO, IL PRESENTE MODULO DOVRA’ ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in servizio nell’A.S. 2023/2024 presso la scuola/le scuole**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (Barrare con il simbolo   **╳**   la voce che interessa):

 **DOCENTE** di:           *Scuola Infanzia* *Scuola Primaria*  *Scuola Sec. I grado*  *Scuola* *Sec. II grado*

Classe di Concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ins. Religione cattolica

 **PERSONALE EDUCATIVO**

 **PERSONALE A.T.A**. profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la seguente posizione giuridica (Barrare con il simbolo   **╳**   la voce che interessa):

* con contratto di lavoro **a tempo indeterminato**, con prestazione di servizio ad orario intero;
* con contratto di lavoro **a tempo indeterminato**, con prestazione di servizio a tempo parziale (part-time di n. \_\_\_ore su n. \_\_\_\_settimanali);

       con contratto di lavoro **a tempo determinato** fino al termine dell’anno scolastico (31/08/2024), ovvero fino al termine delle attività didattiche (30/06/2024), con prestazione di servizio di n. \_\_\_\_\_ ore, su n. \_\_\_\_\_ ore

# CHIEDE

l’inclusione negli elenchi degli aventi diritto ad usufruire per l’**anno solare** **2024** dei permessi per il diritto allo studio previsti dall’art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dall’Ipotesi di Contratto Integrativo Regionale dell’8 novembre 2023**.**

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché delle sanzioni penali in cui può incorrere per le ipotesi di falsità in atti, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, *sotto la propria responsabilità*:

**D I C H I A R A**

(Barrare con il simbolo   **╳**   solo la voce che interessa)

**Si rammenta che, ai sensi dell’art. 4 del CIR, la fruizione dei permessi da parte dei dipendenti iscritti ai corsi on-line è subordinata alla presentazione della documentazione relativa all'iscrizione e agli esami sostenuti, nonché all'attestazione della partecipazione personale del dipendente alle lezioni.**

**In quest'ultimo caso dovrà essere possibile certificare l'avvenuto collegamento durante l'orario di lavoro per svolgere attività didattica.**

 **DI ESSERE ISCRITTO/A** nell’anno accademico………………………al………………anno (indicare l’anno di iscrizione) ……….……………………………………….

della **durata complessiva** di \_\_\_\_\_\_\_

**presso** (riportare l’esatta denominazione dell’Università, Facoltà e sede del corso):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per il conseguimento del seguente titolo di studio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**di cui alla lettera** **c.** Percorsi abilitanti per la scuola secondaria - conseguimento dei CFU di cui al DPCM 4 agosto 2023;

* **che la durata dei permessi da utilizzare nel corso dell'anno 2024, in relazione al prevedibile impegno di frequenza del corso prescelto, è pari a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **(PER IL PERSONALE DI RUOLO) di avere numero di anni di ruolo e/o di pre-ruolo riconosciuti o riconoscibili ai fini della mobilità pari a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;
* **di avere fruito dei permessi per il diritto allo studio nei seguenti anni** (Barrare con il simbolo   **╳**   la voce che interessa):

** 2012 2013 2014 2015 2016    2017    2018    2019    2020    2021   2022  2023**

**OPPURE** (Barrare con il simbolo   **╳**   nel caso in cui, invece, ricorra questa ipotesi)

* **di non aver mai fruito di permessi per il diritto allo studio**

*Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, autorizza l’Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per l’espletamento del procedimento di cui alla presente domanda.*

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del richiedente)

**VISTO**:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….. dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare l’Ufficio IV – Ambito Territoriale di Matera dell’USR Basilicata e il Dirigente preposto al trattamento dei dati personali per le finalità connesse e necessarie allo svolgimento della presente procedura, ai sensi e con le garanzie di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016. Con la presente fornisce, inoltre, il proprio assenso alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito Internet dell’AT Matera [www.istruzionematera.it](http://www.istruzionematera.it) ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del richiedente)