



COMUNITA' MONTANA  
APPENNINO FORLIVESE



PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

---

SERVIZIO ASSOCIATO GESTIONE DEL PERSONALE

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO AFFARI GENERALI E  
ISTITUZIONALI E RISORSE UMANE  
E ORGANIZZAZIONE DELLA PROVINCIA DI  
FORLÌ-CESENA

**OGGETTO: Richiesta di concessione del permesso retribuito per diritto allo studio.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
dipendente del Comune/Ente \_\_\_\_\_  
profilo/categoria \_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter fruire, ai sensi delle vigenti norme che disciplinano la materia, del permesso retribuito per la frequenza a corsi legali di studio per il conseguimento del seguente titolo  
\_\_\_\_\_;

a tal fine **DICHIARA:**

**di volersi iscrivere**, per l'anno scolastico/accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_<sup>^</sup> anno di corso, impegnandosi a presentare la documentazione attestante l'iscrizione (certificato rilasciato dall'istituto/Università o autodichiarazione su fac-simile allegato) prima dell'inizio del corso stesso:

anno scolastico       accademico ( in corso    fuori corso \_\_\_\_\_<sup>^</sup> anno *specificare l'anno f.c.*)

durata del corso \_\_\_\_\_ presso l'Istituto/Università \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_.

**di essere iscritto**, per l'anno scolastico/formativo-accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_<sup>^</sup> anno di corso come risulta dalla dichiarazione sostitutiva di certificazione (fac-simile allegato) o da certificazione originale.

\_\_\_\_\_  
(eventuali ulteriori dichiarazioni)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, 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 dicembre 2000

### DICHIARO

Di essermi iscritto/a, per l'anno accademico/scolastico/formativo \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno

scolastico/formativo  accademico presso Istituto/Università ( in corso  fuori corso \_\_° anno)  
(specificare l'anno)

per il conseguimento del titolo di studio \_\_\_\_\_

(la cui durata è di anni \_\_\_\_\_) presso la/il Facoltà/Istituto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_.

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**