



Oggetto: concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio ex art. 22 del CCNL integrativo del Comparto Sanità siglato in data 20/09/2001 e D. Lgs. n. 368/2001 - individuazione del limite massimo del 3% dei beneficiari per l'anno scolastico e/o accademico 2016/2017 e indizione relativo avviso.

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Sorrentino

coadiuvato dal
Direttore Amministrativo dott. Vincenzo Serra
Direttore Sanitario dott. Nazzareno Pacifico
su proposta del Servizio Amministrazione del Personale

- PREMESSO** - che l'art. 22 CCNL integrativo Comparto Sanità del 20/09/2001 ha disciplinato l'istituto del diritto allo studio mediante la concessione dei permessi retribuiti nella misura massima di n. 150/h. annue individuali e nel limite massimo del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato presso ciascuna azienda all'inizio di ogni anno, con arrotondamento all'unità superiore;
- che per costante giurisprudenza (cfr. Cass. Civ. sez. Lav. n. 3871 del 17/02/2011 e n. 17401 del 19/08/2011) i suddetti permessi sono riconosciuti anche ai dipendenti a tempo determinato coerentemente con il principio di non discriminazione dei suddetti lavoratori, sancito dall'art. 6 del D. Lgs n. 368 del 2001, in attuazione della direttiva comunitaria n. 70/1999;
- PRESO ATTO** a) del D. lgs. n. 502/92 e s.m.i.; b) del D. lgs. n. 165/2001; c) della L.R. n. 10/2006 e s.m.i.;
- RICHIAMATE** le risultanze del tavolo tecnico congiunto Università degli Studi di Cagliari – A.O.U. Cagliari tenutosi in data 30.03.2010, giusta comunicazione C.S. prot. n. 2628 del 23.04.2010, nel quale si è stabilito che per il personale universitario assegnato all'A.O.U. le procedure attinenti la fruizione del diritto allo studio permangano in capo all'Università degli Studi di Cagliari con le regole proprie del predetto Ente;
- RICHIAMATO** il Regolamento per la fruizione del *Diritto allo studio ex art. 22 del CCNL integrativo del Comparto Sanità del 20/09/2001 e D. Lgs. n. 368/2001*, approvato con Deliberazione C.S. n. 1019 del 15.10.2015;
- VISTO** l'avviso per la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio A.S. /A.A 2016/2017 e il fac-simile di domanda, allegati al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- ATTESO** che in virtù di quanto precede il limite massimo del 3% dei possibili fruitori dei permessi in argomento è stato individuato, complessivamente ed in ragione dell'appartenenza a ciascun ruolo come segue:

DESCRIZIONE RUOLO	DIPENDENTI		QUOTE
	AL 01.01.2016	3%	RIPARTIZIONE
RUOLO AMMINISTRATIVO	77	2,31	2
RUOLO SANITARIO	649	19,47	19
RUOLO PROFESSIONALE	1	0,03	0
RUOLO TECNICO	284	8,52	9
TOTALE COMPLESSIVO	1011	30,33	30



RITENUTO altresì di dover adempiere all'onere di informazione successiva previsto all'art. 22 CCNL integrativo Comparto Sanità siglato il 20/09/2001 e pertanto di dover trasmettere il presente atto alle OO.SS. interessate e alla RSU Aziendale;

D E L I B E R A

Per i motivi e le finalità esposti in premessa:

- di approvare l'avviso per la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio anno scolastico e/o accademico 2016/2017 e il fac-simile di domanda, allegati al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di determinare, sulla base della consistenza numerica del personale del comparto in servizio presso l'A.O.U. all'inizio dell'anno 2016 il limite massimo del 3% dei potenziali fruitori come da tabella:

DESCRIZIONE RUOLO	DIPENDENTI		QUOTE
	AL 01.01.2016	3%	RIPARTIZIONE
RUOLO AMMINISTRATIVO	77	2,31	2
RUOLO SANITARIO	649	19,47	19
RUOLO PROFESSIONALE	1	0,03	0
RUOLO TECNICO	284	8,52	9
TOTALE COMPLESSIVO	1011	30,33	30

- di dare mandato al Servizio Amministrazione del Personale per gli adempimenti di competenza derivanti dall'adozione del presente atto;
- di dare comunicazione del presente atto alle OO.SS. interessate e alla R.S.U. Aziendale.

**Il Direttore Sanitario
Dott. Nazzeno Pacifico**

**Il Direttore Amministrativo
Dott. Vincenzo Serra**

**Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Sorrentino**

Il Direttore amministrativo

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari a partire dal 19 OTT. 2016, restando in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata messa a disposizione per la consultazione.

Servizio proponente: Servizio Amministrazione del Personale
Il Direttore: Dott.ssa Maria Luisa Mastino

DIRITTO ALLO STUDIO
“150 ORE”
ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO 2016/2017
AVVISO

In conformità a quanto previsto dal “**Regolamento per il diritto allo studio**” approvato con deliberazione n. 1019 del 15.10.2015, in attuazione all’art. 22 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Integrativo del Comparto Sanità del 20.9.2001, si rende noto che è indetto Avviso, riservato ai dipendenti del Comparto SSN con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, per la presentazione delle domande al fine della concessione di appositi permessi retribuiti, nella misura massima di 150 ore individuali per l'anno scolastico/accademico 2016/2017, nel limite massimo del 3% del personale in servizio al 01/01/2016 presso la AOU Cagliari, con arrotondamento all’unità superiore.

In relazione a quanto sopra si precisa che i permessi retribuiti saranno concessi per la partecipazione al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, corsi presso Università Telematica, di scuola di istruzione secondaria di primo grado (scuola media), secondaria di secondo grado (scuola superiore) e di qualificazione professionale, statali, paritarie o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall’ordinamento pubblico, nonché per sostenere i relativi esami, per le iscrizioni relative all’Anno Scolastico o Anno Accademico 2016/2017.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di ammissione al beneficio, redatte secondo lo schema allegato e debitamente firmate, dovranno essere indirizzate all’A.O.U. di Cagliari – Via Ospedale n. 54 – 09124 Cagliari, e dovranno essere presentate dal **31 ottobre 2016 al 30/11/2016**. Il predetto termine è perentorio.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile, anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine indicato. A tal fine fa fede la data di spedizione comprovata dal timbro a data dell’ufficio postale accettante. Non saranno prese in considerazione le domande inviate oltre il termine di scadenza del bando. Si precisa, comunque, che saranno prese in considerazione ulteriori richieste pervenute successivamente alla scadenza del presente bando **solo** nel caso in cui non siano raggiunti i suddetti limiti del 3%.

Si precisa che per la concessione dei permessi, poiché la normativa prevede la loro concessione per ciascun anno, il riferimento è da intendersi all’anno solare, decorrente dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2017 e non a quello scolastico o accademico.

Eccezionalmente, in caso di **motivata necessità**, il dipendente potrà richiedere di usufruire anticipatamente dei permessi retribuiti per il diritto allo studio, fermo restando che, **in caso di mancata concessione dei permessi in parola, le ore precedentemente utilizzate verranno considerate come aspettativa per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi per straordinario già effettuato.**

In caso di concessione del beneficio con avvio anticipato rispetto all’anno solare di riferimento, i dodici mesi decorreranno dalla data indicata dal dipendente nell’istanza di anticipata concessione.

Nella domanda i dipendenti interessati devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, consapevoli 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 28.12.2000, quanto segue:

- nome, cognome, data di nascita e numero di matricola;

- il profilo professionale, la categoria di appartenenza e il Ruolo;
- il tipo di rapporto di lavoro: Indeterminato/Determinato (part time o tempo pieno);
- l'U.O. e il Presidio di appartenenza;
- il corso di studi frequentato con le precisazioni necessarie al fine di determinare l'eventuale ordine di priorità.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Alla domanda di partecipazione deve essere allegato un certificato di iscrizione al corso/istituto o una dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione/frequenza al corso ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i., la dichiarazione sostitutiva deve contenere tutti gli elementi del certificato e deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

In ogni caso le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutte le informazioni necessarie a consentire una corretta disamina delle attestazioni in essa presenti, anche al fine di determinare l'eventuale ordine di priorità.

GRADUATORIA - CRITERI DI PRECEDENZA

Qualora il numero delle richieste dovesse superare il numero dei posti disponibili per l'anno scolastico/accademico 2016/2017, verrà formulata una graduatoria secondo le indicazioni contenute nel richiamato Regolamento.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso, si fa riferimento al Regolamento approvato con deliberazione n. 1019 del 15.10.2015 e alle disposizioni di cui ai CC.CC.NN.LL. Comparto Sanità vigenti.

Per eventuali chiarimenti o informazioni gli interessati potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale, II piano via Ospedale, 54, 09124 – Cagliari, dal lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.30, telefono 070/5109 3007 – 3001 – 3003 - 3004 – fax 070/609.2461.

Il bando, gli allegati e tutta la documentazione sono consultabili sul sito internet www.aoucagliari.it – avvisi.

**Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Sorrentino**

**RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO
ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO 2016/2017**

All'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 - Cagliari

Il sottoscritt _____, nat il _____ a _____
(prov. _____) e residente in _____ Via _____
c.a.p. _____, Tel/cell _____ e mail _____
dipendente a tempo indeterminato - determinato di questa A.O.U. con il profilo professionale di _____
- qualifica _____, ruolo _____ matr. _____
e con rapporto di lavoro:

- A tempo pieno - Part-time _____%

presso il /Servizio/Reparto _____ del Presidio Ospedaliero
_____, tel. U.O. _____

Direttore/Responsabile _____ visto l'avviso e l'apposito regolamento
approvato da questa Azienda Ospedaliero Universitaria con deliberazione n. 1019 del 15.10.2015

CHIEDE

di poter beneficiare delle 150 ore di permesso retribuito per il diritto allo studio (art. 22, C.C.N.L. integrativo comparto sanità stipulato in data 20/09/2001), **per l'anno scolastico/accademico 2016/2017**, per la frequenza del corso di: _____
c/o _____

a tal fine, 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. N° 445/2000

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.

- che la durata del corso è di anni _____ e di essere iscritto, nell'anno 2016/2017, al _____ del corso medesimo, per la prima volta ovvero _____;
- che il suddetto corso ha inizio (anche presunto) il ____/____/_____ e termina il (anche presunto) ____/____/_____;

che trattasi di un corso di:

Scuola di istruzione secondaria I grado	<input type="checkbox"/>
Scuola di istruzione secondaria II grado	<input type="checkbox"/>
Corso Universitario I livello	<input type="checkbox"/>
Corso Universitario II livello	<input type="checkbox"/>
Corso post Universitario I livello	<input type="checkbox"/>
Corso post Universitario II livello	<input type="checkbox"/>
Laurea specialistica	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>

- e che pertanto chiede di usufruire dei permessi retribuiti dal ____/____/____ al ____/____/____;
- che, nell'A.S./A.A. 2015/2016, ha usufruito delle 150 ore (SI NO) per frequentare _____
_____;
- che nel precedente anno accademico ha sostenuto i seguenti esami: _____

- di aver superato gli esami previsti dai programmi di studio relativi agli anni precedenti: SI NO
- di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi potrà avvenire soltanto qualora sussista coincidenza tra l'orario di svolgimento delle lezioni e l'orario di servizio.

Ai sensi dell'art. 2, comma 2, del Regolamento per il Diritto allo Studio, il sottoscritto
chiede altresì

di poter usufruire della concessione anticipata del beneficio SI NO

consapevole del fatto che **in caso di mancata concessione dei permessi in argomento, le ore utilizzate anticipatamente alla concessione verranno considerate come aspettativa per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi per straordinario già effettuato.**

Si chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga inviata al seguente recapito :

Nome _____ Cognome _____,

Città _____ Via _____

c.a.p. _____, Tel/cell _____ e_mail/P.E.C. _____

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora l'AOU Cagliari a seguito di controllo verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

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

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data, _____

Firma _____

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento d'identità personale in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione al corso;
- Certificato di iscrizione al corso di studi, **solo se tenuto da istituto privato.**

N.B. l'art. 15 della legge n. 183/2011 ha modificato la disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenute nel D.P.R. 445/2000 prevedendo che a decorrere dal 01/01/2012 le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 D.P.R. 445/2000. Conseguentemente, dalla data sopraindicata, le pubbliche amministrazioni NON POSSONO più accettarli né richiederli.

Data, _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ () il _____

residente in (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ () in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essersi immatricolato/iscritto in data _____ (con matr. n.) _____

al corso

di essere iscritto nell'anno 2016/2017 al _____ anno del predetto corso di studi in corso fuori corso

PRESSO

(indicare denominazione dell'istituto/scuola/università/ente)

indirizzo e numero tel/ fax/mail

di aver sostenuto nel precedente anno i seguenti esami

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.**