

DELIBERAZIONE N. 1003ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE IN DATA 10 OTT. 2014

OGGETTO: Diritto allo studio ex art. 22 del CCNL integrativo del Comparto Sanità 20/09/2001 e D. Lgs. n. 368/2001 - individuazione del limite massimo del 3% dei beneficiari - anno scolastico e/o accademico 2014/2015 e indizione relativo avviso.

\*\*\*\*\*

Il Direttore Amministrativo

certifica

che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria a partire dal 10 OTT. 2014 e resterà in pubblicazione per quindici giorni consecutivi ed è posta a disposizione per la consultazione.

\*\*\*\*\*

Il Direttore Generale Dott. Ennio Filigheddu  
Coadiuvato dal Direttore Sanitario Sostituto Dott. Giuseppe Ortu  
e dal Direttore Amministrativo Dott. Pietro Tamponi

**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 in base a costante giurisprudenza della Corte di Cassazione (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;

**RICHIAMATA** la deliberazione D.G. n. 828/2012 avente ad oggetto "Diritto allo studio ex art. 22 del CCNL integrativo del Comparto Sanità 20/09/2001 e D. Lgs. n. 368/2001 - integrazione del Regolamento per la concessione dei permessi retribuiti per la fruizione del diritto in argomento di cui alla Deliberazione n. 750/2011 - individuazione del limite massimo del 3% dei beneficiari - anno scolastico e/o accademico 2012/2013";

**ATTESO** che in virtù di quanto precede il limite massimo del 3% dei possibili fruitori dei permessi in discorso è stato individuato, complessivamente ed in ragione dell'appartenenza a ciascun ruolo come segue:



segue deliberazione n. 1003 del 10 OTT. 2014

Descrizione Ruolo	Totale complessivo	3%	Quote ripartizione
RUOLO AMMINISTRATIVO	78	2,34	3
RUOLO SANITARIO	631	18,93	19
RUOLO PROFESSIONALE	1	0,03	0
RUOLO TECNICO	243	7,29	7
<b>Totale complessivo</b>	<b>953</b>	<b>28,59</b>	<b>29</b>

- 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, in base alle quali 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 con le regole proprie del predetto Ente;
- RITENUTO** altresì di dover adempiere all'onere di informazione successiva previsto all'art. 22 CCNL integrativo Comparto Sanità 20/09/2001 e pertanto di dover trasmettere il predetto regolamento, unitamente al presente atto, alle OO.SS. ed alla RSU del Comparto Sanità;
- VISTO** l'avviso per la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio e il fac-simile di domanda, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario Sostituto e del Direttore Amministrativo;

### DELIBERA

Per i motivi e le finalità esposti in premessa:

1. di approvare l'avviso per la concessione dei permessi retribuiti per il diritto allo studio e il fac-simile di domanda, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, anno scolastico e/o accademico 2014/2015;
2. di determinare, sulla base della consistenza numerica del personale del comparto in servizio presso l'A.O.U. all'inizio dell'anno 2014 il limite massimo del 3% dei potenziali fruitori come da tabella:



Descrizione Ruolo	Totale complessivo	3%	Quote ripartizione
RUOLO AMMINISTRATIVO	78	2,34	3
RUOLO SANITARIO	631	18,93	19
RUOLO PROFESSIONALE	1	0,03	0
RUOLO TECNICO	243	7,29	7
<b>Totale complessivo</b>	<b>953</b>	<b>28,59</b>	<b>29</b>

3. di dare mandato al Servizio Amministrazione del Personale per gli adempimenti di competenza derivanti dall'adozione del presente atto;
4. di dare comunicazione del presente atto alle OO.SS. ed alla R.S.U del Comparto SSN.

Il Direttore Sanitario/Sostituto  
 Dott. Giuseppe Ortu

Il Direttore Amministrativo  
 Dott. Pietro Tamponi

Il Direttore Generale  
 Dott. Ennio Filigheddu

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



DIRITTO ALLO STUDIO  
"150 ORE"  
ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO 2014/2015  
AVVISO

In conformità a quanto previsto dal "Regolamento per il diritto allo studio" approvato con deliberazione n. 828/2012, in attuazione all'art. 22 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Comparto Sanità Integrativo 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 ciascun anno e nel limite massimo del 3% del personale in servizio presso la AOU CA, all'inizio di ogni anno, 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 primaria (scuola media), secondaria (scuola superiore) e di qualificazione professionale, statali, pareggiate 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'A. Scolastico o A. Accademico 2014/2015.

**PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le domande di ammissione al beneficio, redatte secondo lo schema allegato e debitamente firmate, dovranno essere indirizzate al Direttore del Servizio Amministrazione del Personale A.O.U. di Cagliari - Via Ospedale n. 54 - 09124 Cagliari e dovranno essere presentate dal **31 ottobre 2014** entro e non oltre il **30/11/2014**.

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 al 31 dicembre 2015 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, ovviamente, dalla data indicata dal dipendente nell'istanza di anticipata autorizzazione.

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:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliero – Universitaria Cagliari

Alta Specializzazione nell'Assistenza Clinica e Chirurgica

Sede Legale - Via Ospedale 54, 09124 Cagliari

Direzione Generale



- 1) nome, cognome, data di nascita e numero di matricola;
- 2) il profilo professionale, la categoria di appartenenza e il Ruolo;
- 3) il tipo di rapporto di lavoro: Indeterminato/Determinato (part time o tempo pieno);
- 4) l'U.O. del Presidio di appartenenza;
- 5) 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 allegata dichiarazione sostitutiva relativa alla iscrizione al corso ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i.; La dichiarazione sostitutiva deve essere presentata 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/esaustiva 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 2014/2015, 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. 828/2012 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, Segreteria, via Ospedale, 54 09124 - Cagliari, dal lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.30, telefono 070/5109 2142 - 2340 - fax 070/5109.2461.

Il bando, gli allegati e tutta la documentazione sono consultabili sul sito internet [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it) - avvisi.

II DIRETTORE GENERALE  
Dott. Ennio Filigheddu

**RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO  
ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO 2014/2015**

Al Direttore del Servizio Amm.ne del Personale  
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 P.O./Servizio \_\_\_\_\_ reparto (per coloro che operano nei Presidi Ospedalieri)  
\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ visto l'avviso e l'apposito regolamento  
approvato da questa Azienda Ospedaliero Universitaria

**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 2014/2015, 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**

- che la durata del corso è di anni \_\_\_\_\_ e di essere iscritto, nell'anno 2014/2015, al \_\_\_\_\_ del corso medesimo, per la prima volta ovvero \_\_\_\_\_;
- che il suddetto corso ha inizio il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e termina il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;  
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	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>

- e che pertanto chiede di usufruire dei permessi retribuiti dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- che, nell'anno 2013/2014, 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, approvato con Deliberazione D.G. n. 828 del 22/10/2012, il sottoscritto

chiede altresì

di poter usufruire della concessione anticipata del beneficio SI  NO

consapevole 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 venga inviata al seguente recapito :

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_,  
Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_, Tel/cell \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

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.

**Allega alla presente:**

- Fotocopia del documento d'identità personale in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione al corso (solo se tenuto da istituto pubblico);
- 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)

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 2014/2015 al \_\_\_\_\_ anno del predetto corso di studi  in corso  fuori corso

presso \_\_\_\_\_

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.