



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

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

Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

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 **2026**, 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)