PERMESSI RETRIBUITI PER STUDIO - 150 ORE (art. 59 CCRL) **Anno___2021_____Mese _____**

Parte riservata al Servizio di appartenenza **(sostituisce la nota di trasmissione)**	**Parte riservata al SCBeRU**
_____ Direzione generale _____ Servizio_____ Prot. N._____ Data_____ Allegati n. _____	

Dipendente	**orario di lavoro**
Cognome _____ **Nome**_____ **Matricola**_____ **Servizio**	orario di lavoro □ convenzionale □ particolare

giorno	**Facoltà**: _____ **corso/lezione/esame** (indicare l'anno in cui termina il corso; specificare se il permesso è fruito per esame)	orario lezione dalle ore (b)	alle ore (c)	eventuale firma del Docente (attestante esclusivamente la partecipazione del dipendente alla lezione nel giorno e negli orari in cui si è tenuta)	(Solo per dipendenti con orario particolare o part-time) **orario di lavoro previsto per la giornata-mattina-pomeriggio in cui avviene la fruizione**		ora uscita dall'ufficio (a)	ora rientro in ufficio (d)	ore percorrenza (b-a) + (d-c)	totale ore effettiva assenza (d-a)
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									0:00	0:00
									TOTALE	0:00

Firma responsabile del Servizio _____