



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DETERMINAZIONE

N. 106 del 27/01/2026

**OGGETTO: INTEGRAZIONE DETERMINAZIONE N. 85 DEL 23.01.2026
"AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE PER LA
CONCESSIONE DEL DIRITTO ALLO STUDIO – 150 ORE – PER
L'ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO 2025/2026 (FRUZIONE ANNO
SOLARE 2026) AL PERSONALE DIPENDENTE NON DIRIGENTE"**

STRUTTURA: GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

RESPONSABILE STRUTTURA: SALA CLAUDIA



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DETERMINAZIONE

Struttura: GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

L'estensore dell'atto: Piralli Marilisa

Il Responsabile del procedimento: Bianco Roberto

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE SOC "GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI"

Premesso che con Determinazione n. 85 del 23.01.2026 è stato approvato l'Avviso per la presentazione delle domande per la concessione del diritto allo studio – 150 ore - per l'anno scolastico/accademico 2025/2026 (fruizione anno solare 2026) al personale dipendente non dirigente.

Preso atto che con nota del 27.01.2026, la SOC "Affari Generali, Legali e Istituzionali" ha segnalato che a causa di un problema tecnico collegato all'aggiornamento del sistema informatico, la procedura non ha unito l'allegato al documento principale e che pertanto il provvedimento in questione risulta pubblicato in modo incompleto.

Ritenuto, pertanto, di integrare con il relativo allegato la suddetta Determinazione.

In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali

DETERMINA

- 1) **di integrare** la Determinazione n. 85 del 23.01.2026 con l'allegato l'Avviso sotto la lettera A) quale parte integrante e sostanziale della stessa.
- 2) **di dichiarare** la presente Determinazione immediatamente esecutiva, considerata l'urgente necessità.

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE
DETERMINA ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**

ALLEGATO A)

DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE) **ANNO 2026**

Al fine di garantire il Diritto allo Studio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 62 del C.C.N.L. Comparto Sanità del 02.11.2022 (Triennio 2019 – 2021), viene emesso il seguente

AVVISO

per il conferimento nella misura massima individuale di 150 ore di permesso retribuito da usufruire nell'anno solare 2026 (periodo 1° gennaio – 31 dicembre), riservato ai dipendenti del Comparto Sanità (Area NON dirigenziale):

- **a tempo indeterminato;**
- **con rapporto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi, comprensivi di eventuali proroghe;**

per la partecipazione a corsi di studio, già iniziati o che inizieranno in corso d'anno, destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria 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.

Il numero massimo di personale dipendente appartenente all'Area del Comparto Sanità dell'ASL VCO che potrà usufruire dei permessi di che trattasi non potrà superare il 3% del personale a tempo indeterminato in servizio all'01.01.2026.

Gli interessati, in possesso dei requisiti sopra citati, dovranno presentare domanda, da redigersi in carta semplice sull'apposito modulo allegato, unitamente alla copia di documento di riconoscimento in corso di validità, da indirizzare a:

**DIRETTORE SOC "GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI" dell'ASL VCO –
Ufficio Protocollo – Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)**

e trasmessa con una delle seguenti modalità:

- consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'ASL VCO nei giorni e orari dell'ufficio e non oltre le ore 12:00 del giorno di scadenza;
- invio mediante Posta Elettronica Certificata (PEC intestata all'istante) al seguente indirizzo: protocollo@pec.aslvco.it (il documento deve essere unico, in formato pdf e completo in ogni elemento, pena la nullità della domanda).

**entro il 30° giorno successivo alla data di pubblicazione dell'Avviso sul Sito
Intranet Aziendale**

Nella domanda deve essere indicato il corso che si intende seguire e la sua durata, allegando altresì il certificato di iscrizione allo stesso, **utilizzando esclusivamente il modulo appositamente predisposto ed allegato al presente Avviso, compilato rigorosamente in ogni sua parte, con tutte le informazioni e la documentazione richiesta e prescritta dalla normativa vigente, pena la non ammissione della domanda stessa.**

Per l'ammissione al beneficio si terrà conto di quanto previsto ai commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 del suddetto art. 62 del C.C.N.L. Comparto Sanità del 02.11.2022 (Triennio 2019 – 2021), precisando che saranno sottoposte a valutazione solo le domande redatte e documentate come sopra indicato.

Poiché il beneficio delle 150 ore di studio è da intendersi annuo, l'assegnazione delle ore avverrà in proporzione alla durata prevista, tenuto conto dell'impegno orario richiesto dal corso cui si vuole accedere e in riferimento alla data di avvio del corso stesso, nonché, per i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato, in rapporto alla durata temporale effettiva del contratto a termine e per i dipendenti part-time e gli studenti part-time proporzionalmente.

L'utilizzo delle ore di studio, da programmare opportunamente all'interno della Struttura di appartenenza, dovrà obbligatoriamente essere giustificato con specifica documentazione.

A tal fine si precisa che:

- per ogni permesso, dopo essersi accordati con il proprio Direttore/Responsabile per la fruizione, dovrà essere compilato apposito modulo reperibile sul sito Intranet come sotto indicato (firmato dall'interessato e dal Direttore/Responsabile), con allegata relativa



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

documentazione attestante l'utilizzo delle ore, conservato dall'interessato, che successivamente compilerà un ulteriore apposito modulo riepilogativo dei permessi fruiti nel corso dell'intero mese (anch'esso firmato dall'interessato e dal Direttore/Responsabile).

Tutta la suddetta documentazione dovrà essere inoltrata obbligatoriamente entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello di fruizione alla SOC "Gestione Personale e Relazioni Sindacali" – "Ufficio Rilevazione Presenze" per la registrazione dei permessi nel nuovo programma telematico in uso. Qualora le suddette modalità non venissero rispettate, non sarà possibile procedere alla registrazione e alla giustificazione in questione.

Ulteriori indicazioni sono disponibili all'interno della seguente sezione: **Sito Intranet ASL VCO – Sezione "Modulistica e Manualistica" – Modulistica – 150 Ore (Anno 2026).**

ove sono pubblicati:

- Avviso 150 Ore (Anno 2026);
- Modulo domanda 150 Ore (Anno 2026);
- Moduli giustificativi permessi 150 Ore.



Al Direttore SOC
"Gestione Personale e Relazioni Sindacali"

c/o Ufficio Protocollo
Via Mazzini, 117, 28887 – Omegna (VB)

Oggetto: Domanda di accesso al Diritto allo Studio (150 Ore) – Anno 2026

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (____) il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

di essere dipendente del Comparto Sanità dell'ASL VCO

☐ a tempo indeterminato;

☐ a tempo determinato con contratto di lavoro continuativo/ininterrotto
dal _____ (periodo uguale/superiore a sei mesi,
comprensivo anche di eventuali proroghe dal _____ al _____);

di appartenere (Area Comparto) al

☐ Ruolo Sanitario

☐ Ruolo Socio-sanitario

☐ Ruolo Professionale

☐ Ruolo Tecnico

☐ Ruolo Amministrativo



- Profilo professionale _____

Area _____

- con rapporto di lavoro

☐ a tempo pieno

☐ a tempo parziale (part-time nella percentuale del ____) per n. ____ ore
giornaliere e per n. ____ ore settimanali,

in attività presso la SOC/SOS _____

Dipartimento _____

Sede Operativa di _____

Telefono Ufficio _____

Telefono Cellulare _____

e-mail istituzionale _____

e-mail personale _____

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti per il Diritto allo Studio per la frequenza del corso finalizzato al conseguimento del sotto indicato titolo di studio (compilare la voce che interessa):

1. Titoli di studio di Istruzione Primaria (elementare), Secondaria di Primo Grado (scuola media inferiore), Secondaria di Secondo Grado e di qualificazione professionale (scuola media superiore)
(indicare la tipologia di scuola, la sede, l'anno frequentato)

Tipo di Scuola: _____

Denominazione e Sede Istituto Scolastico: _____



La durata del corso di studi è di anni ____ iscritto per l'A.A. 2025/26 al ____ anno

2. Titolo di studio del corso universitario per il conseguimento della laurea in:

Denominazione e Sede Università: _____

La durata del corso di studi è di anni ____

- iscritto per l'A.A. 2025/2026

☐ al ____ anno in corso

☐ al ____ anno fuori corso

- iscritto

☐ a tempo pieno

☐ a tempo parziale

- numero dei crediti totali del corso di laurea: _____

- numero di crediti (come da carico didattico) per l'A.A. 2025/2026: _____

Per gli studenti degli anni successivi al primo:

- Numero degli esami superati nell'A.A. 2024/2025 _____, pari a crediti _____

- Numero di crediti mancanti al conseguimento della laurea: _____

3. Titoli di studio del corso post-universitario: _____

Denominazione e Sede Istituto/Università: _____

La durata del corso di studi è di anni ____

- iscritto per l'A.A. 2025/2026 al ____ anno



- Numero di crediti totali del corso di studi: _____
- Numero di crediti (come da carico didattico) per l'A.A. 2025/2026: _____
- Per gli studenti degli anni successivi al primo:
- Numero degli esami superati nell'A.A. 2024/2025: _____, pari a crediti _____
- Numero di crediti mancanti al conseguimento del titolo: _____

DICHIARA

(barrare le voci che ricorrono)

- ☐ di frequentare l'anno di corso sopra indicato per la prima volta;
- ☐ di non avere mai usufruito nell'arco della vita lavorativa di permessi per diritto allo studio;
- ☐ di avere usufruito negli anni precedenti di permessi retribuiti per diritto allo studio per frequentare lo stesso corso;

Qualora il dipendente abbia già usufruito negli anni precedenti delle 150 ore per Diritto allo Studio per frequentare lo stesso corso, indicare relativamente a quale anno o a quali anni: _____

- ☐ di avere usufruito negli anni precedenti di permessi retribuiti per Diritto allo Studio per frequentare un corso di studi diverso da quello per cui si richiede il beneficio con la presente istanza;

Qualora il dipendente abbia già usufruito negli anni precedenti delle 150 ore per Diritto allo Studio per un diverso titolo, indicare per quale corso di studi, la durata del corso e per quali anni: _____



DICHIARA INOLTRE CHE

(barrare la voce che ricorre)

- ☐ per il corso di studi a cui è iscritto è consentita la frequenza "esclusivamente nelle fasce orarie coincidenti con il normale orario di servizio";
- ☐ il corso di studi a cui è iscritto è organizzato nella modalità "formazione a distanza" e la relativa frequenza è consentita:
- ☐ soltanto in fasce orarie coincidenti con il normale orario di servizio;
 - ☐ soltanto in fasce orarie al di fuori del normale orario di servizio;
 - ☐ in fasce orarie sia coincidenti, sia al di fuori del normale orario di servizio;
 - ☐ _____

N.B. Si intende tutta la vita lavorativa del dipendente e pertanto rilavano sia i permessi fruiti presso questa Azienda sia presso precedenti datori di lavoro.

ALLEGA

1. Fotocopia di un documento di identità;
2. Certificato di iscrizione ovvero dichiarazione sostitutiva (modulo allegato allo schema di domanda);
3. Certificato di ammissione alla selezione (qualora per la frequenza ai corsi sia prevista una preselezione, in luogo della dichiarazione di iscrizione, in via provvisoria, in attesa di formalizzare l'iscrizione);
4. Copia del Piano di Studi o del carico didattico ovvero dichiarazione sostitutiva (modulo allegato allo schema di domanda).



Ai sensi e per gli effetti dell'art. 62, punti 9, 10, 11, 12, del C.C.N.L. Comparto Sanità del 02.11.2022 (Triennio 2019 – 2021), il/la sottoscritto/a si impegna a produrre successivamente idonea certificazione in ordine alla frequenza e agli esami sostenuti, anche se con esito negativo, consapevole che, in mancanza delle predette certificazioni, i permessi già utilizzati potranno venire ritenuti come aspettativa per motivi personali o, a domanda, come ferie o riposi compensativi per straordinario già effettuato, pena la considerazione dell'assenza come ingiustificata.

Il/La sottoscritto/a altresì sottoscrive di essere a conoscenza che:

- il contingente massimo di personale che può fruire di permessi retribuiti di Diritto allo Studio (150 ore) è fissato nel 3% del personale in servizio a tempo indeterminato all'inizio di ogni anno, con arrotondamento all'unità superiore;
- la misura massima di 150 ore di Diritto allo Studio è individuale e relativa all'anno solare;
- nel caso di rapporto di lavoro a tempo parziale, sia verticale che orizzontale, viene applicata la regola della proporzionalità;
- i permessi di Diritto allo Studio sono concessi soltanto per frequentare corsi in orari coincidenti con quelli di servizio, alternativamente, per la partecipazione a lezioni e attività didattiche o per sostenere esami che si svolgano durante l'orario di lavoro, mentre non sono riconosciuti per le necessità connesse alla preparazione degli esami, ovvero per altre attività complementari, ovvero per l'attività di studio individuale, ovvero per il disbrigo di pratiche presso le segreterie;
- ha diritto all'assegnazione a turni di lavoro che agevolino la frequenza ai corsi stessi e la preparazione agli esami e non può essere obbligato a prestazioni di lavoro straordinario, né al lavoro nei giorni festivi o di riposo settimanale;



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

nel caso di iscrizione a corsi on-line, l'Università Telematica deve produrre un certificato, con conseguente assunzione di responsabilità da parte della stessa Università, che attesti che il richiedente ha seguito personalmente, effettivamente e direttamente le lezioni trasmesse in via telematica, che risultano accessibili solo in quel determinato orario, oltretutto necessariamente coincidenti per giornate e tempi con le ordinarie prestazioni lavorative.

Luogo _____, lì _____

Firma _____



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali)

L'ASL VCO con sede in Omegna, Via Mazzini 117, in qualità di titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali legate alle prestazioni richieste. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera dei dipendenti dell'ASL VCO opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'ASL VCO. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra i quali altre pubbliche amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura comporterà impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'ASL VCO La informa, infine, che è nelle Sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art.7 del Codice, rivolgendosi direttamente agli uffici competenti all'istruttoria della presente domanda.

Luogo _____, lì _____

Firma _____



MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (___) il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

(compilare gli spazi relativi al proprio caso)

PER GLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE INFERIORI E SUPERIORI

Di essere iscritt_ per l'anno scolastico 2025/2026 presso l'Istituto Scolastico seguente:

(Denominazione e Sede)

Anno di frequenza ____ del corso di studi di durata n. ____ anni per il
conseguimento del titolo di studio: _____

PER GLI STUDENTI UNIVERSITARI E POST-UNIVERSITARI

Di essere iscritt_ per l'anno accademico 2025/2026 presso l'Università degli Studi di:
(denominazione e sede)

Corso di Laurea/Master/_____ in:

Anno di iscrizione ____ del corso di studi di durata n. ____



PER GLI STUDENTI UNIVERSITARI

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL CARICO DIDATTICO

(art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (___) il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che il proprio carico didattico (Piano di Studi) approvato dalla Facoltà è il seguente:

PRIMO ANNO			
ESAMI	CFU	ESAMI	CFU
SECONDO ANNO			
TERZO ANNO			
QUARTO ANNO			
QUINTO ANNO			



Di aver superato i seguenti esami (indicare anche i corrispondenti CFU):

	Esame	CFU	Data	Voto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Luogo _____, lì _____

Firma _____