ITACA

Spettabile
C.d.A. della Cooperativa Itaca

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____il _____ socia/dipendente della Cooperativa Itaca dal (specificare mese ed anno di assunzione)_____ impiegata/o presso_____ con la mansione di _____ , monte ore settimanale da contratto di _____ ore, iscritta/o al seguente corso di studio:

Titoli di studio	Eventuali specifiche
Licenza elementare	
Licenza media	
Operatore Socio Sanitario, Laurea Scienze dell'Educazione, Laurea Educatore Professionale, Scienze Infermieristiche, Tecniche della riabilitazione psichiatrica	
Tecnico dei Servizi Sociali, Operatore Socio Sanitario Psichiatrico	
Diploma Scuola Media Superiore generico	
Laurea triennale generica	
Laurea specialistica generica	
Master e laurea generica successiva alla prima	

chiede

ai sensi della delibera del CdA del 06/10/2011 di poter usufruire dal 01/01/2027 al 31/12/2027 di:

permessi retribuiti ai sensi ex art. 69 del CCNL Cooperative Sociali.

e allega pertanto alla presente la certificazione di iscrizione al corso di studi sopra specificato.

Cordiali Saluti

Data _____ FIRMA