

(Al Responsabile della struttura)

NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

IL SOTTOSCRITTO _____
RESPONSABILE DEL _____ (STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL DIPENDENTE) AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DEL/DELLA
DOTT. / DOTT.SSA _____ PER _____
_____ (PERIODO) _____
PRESSO _____, SENZA
ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA _____

FIRMA E TIMBRO
