

Allegato n. 4 al DR. n. _____ del _____

DA COMPILARE SOLO PER IL PERSONALE TAB/CEL

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Si autorizza il Sig./Dott. _____ a partecipare al corso
_____ presso _____

in quanto la materia oggetto del periodo di mobilità è pertinente con le attività lavorative del richiedente e sussiste la compatibilità organizzativa con le esigenze della struttura, nonché, in caso di formazione a titolo oneroso, le eventuali quote di iscrizione saranno a carico di:

☐ struttura di appartenenza

☐ a carico del richiedente

Timbro e firma del Responsabile della Struttura di Appartenenza

Luogo, data: