**DA COMPILARE SOLO PER IL PERSONALE TAB/CEL**

**PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA**

**Si autorizza il Sig./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partecipare all’attività formativa (specificare il tipo di attività) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (Direttore generale/Dirigente, Direttore di Dipartimento o del Centro)**

**Luogo, data: ……………………**