



NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DELLA DOTT.SSA/ DEL DOTT.
_____ AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DELLA/DEL
DIPENDENTE PER _____ MESI PRESSO IL DIPARTIMENTO DI MANAGEMENT SENZA
ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE.

DATA,

FIRMA E TIMBRO
