

**DA COMPILEARE 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: .....**