

AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____,

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL/DELLA

DOTT./DOTTORESSA

AUTORIZZA IL/LA SUDDETTO/A DIPENDENTE

ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ INDICATA NELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE.

(luogo e data)

Il dichiarante

(firma per esteso e leggibile)