



**SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO**

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

IL DIRETTORE U.O. \_\_\_\_\_ dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

vista la richiesta di frequenza volontaria del/della \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

**ESPRIME ASSENSO**

alla frequenza volontaria del/della suddetto/a c/o la scrivente UOC/UOD

per consentire il perfezionamento della preparazione professionale.

AV, Li \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

UOC/UOD \_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

(Da compilare in caso di assenso alla frequenza)

In riferimento alla richiesta di frequenza volontaria di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile della UOC/UOD \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

La frequenza in parola dichiarando di aver adottato tutti i prescritti dispositivi di

Sicurezza.

AV, Li \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

UOC/UOD \_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

N.B. da allegare all'istanza debitamente compilato dal Responsabile/Direttore