

A CURA DI ASP BASSO LODIGIANO

Il sottoscritto

In qualità di :

Vista l'istanza per l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui sopra: (inserire gli estremi della richiesta di incarico)

presentata dal.....

Valutata la compatibilità dell'incarico per cui si richiede l'autorizzazione con l'espletamento dell'attività istituzionale del docente e l'eventuale assenza di situazioni di conflitto d'interesse,

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

ESPRIME PARERE NEGATIVO CON LE SEGUENTI MOTIVAZIONI

DATA:

FIRMA

IL DIRETTORE GENERALE

IL RESPONSABILE UFFICIO PERSONALE