

PARERE PREVENTIVO DEL RESPONSABILE DELL'U. O. OSPITANTE

Vista la richiesta di proroga della frequenza volontaria presso l'U.O. _____

del Sig/ Dott _____

SI ESPRIME

parere favorevole alla proroga

periodo dal _____ al _____ tutor _____

parere sfavorevole alla proroga

per il seguente motivo _____

Data _____

Firma e timbro del Responsabile UO

NULLA OSTA DEL DIRETTORE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO/DIPARTIMENTO/FUNZIONE CENTRALE OSPITANTE

- Vista la richiesta di proroga della frequenza volontaria presso l'U.O. _____

del Sig/ Dott _____

- Visto il parere espresso dal Responsabile dell'U.O. ospitante

Si esprime Nulla Osta alla proroga della frequenza volontaria

periodo dal _____ al _____ tutor _____

NON si esprime nulla osta **alla proroga della frequenza volontaria**

per il seguente motivo _____

Data, _____

Il Direttore
(Firma e Timbro)
