

# **AUTORIZZAZIONE FREQUENZA VOLONTARIA PARERE DEL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA OSPITANTE**

Il/La sottoscritto/a ..... Direttore dell'Unità Operativa .....  
(cognome e nome)

del Presidio Ospedaliero  **GARIBALDI CENTRO**  **GARIBALDI NESIMA** con recapito telefonico .....  
..... esprime parere

favorevole alla frequenza volontaria per fini di studio e approfondimento teorico-pratico del .....  
(cognome e nome)

In qualità di ..... accertato che il presente inserimento non eccede la metà delle corrispondenti figure  
(specificare la professione)

professionali presenti nell'organico dell'Unità Operativa, pari a n. .... e un numero di frequentanti in atto pari a n. ....

A tal scopo propone quale **TUTOR** ..... con la qualifica di .....

Inoltre dichiara che il frequentatore in questione svolgerà le seguenti attività;

.....  
.....  
.....

Il/La sottoscritto/a Direttore dell'Unità Operativa ospitante, si impegna alla fine della frequenza a produrre all'Unità Operativa Formazione una relazione che attesti il regolare e proficuo svolgimento della frequenza stessa.

Catania li, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL TUTOR**

**FIRMA DEL DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NULLA OSTA  
IL DIRETTORE MEDICO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO**

\_\_\_\_\_

**NULLA OSTA  
IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE/ IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

\_\_\_\_\_