



**RICHIEDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE A TITOLO GRATUITO DI CORSI SINGOLI  
(Delibera del Consiglio di Amministrazione del 16 dicembre 2011)  
da inviare via fax al n. 055 2757265 almeno 20 gg prima dell'evento a cui si riferisce**

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_  
SEDE DI AFFERENZA \_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_  
CORSO SINGOLO CHE SI INTENDE FREQUENTARE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODICE CORSO \_\_\_\_\_  
ANNO ACCADEMICO: \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_ N. ORE \_\_\_\_\_  
CALENDARIO DELLE LEZIONI: \_\_\_\_\_

SEDE DI SVOLGIMENTO \_\_\_\_\_

PROGRAMMA DEL CORSO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE (specificare la pertinenza e la coerenza del corso con l'attività svolta e dare atto della professionalità posseduta e delle competenze che si intendono acquisire in relazione all'attività lavorativa):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA IL/LA SIG/SIG.RA. \_\_\_\_\_ ALLA FREQUENZA DEL CORSO SOPRA INDICATO PER LE SEGUENTI  
MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABILE UADR/DIRIGENTE  
(Nome e Cognome in stampatello)  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRIGENTE  
AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SVILUPPO ORGANIZZATIVO  
\_\_\_\_\_