All. D

 Al Direttore del Master

 “**Farmacia clinica: compounding oncologico”**

Prof. Enza Maria Galati

**NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI**

**APPARTENENZA**

Il sottoscritto ……………………………………………………… responsabile del ………………….. ………………………………………………, struttura di appartenenza del Dott./Dott.ssa ……...…………………………………….…,………. dichiara che nulla osta all’espletamento dell’attività didattica del dipendente al di fuori dall’ordinario di lavoro, attività prevista nell’ambito del master di II livello “Farmacia clinica: compounding oncologico” presso la struttura indicata dal Direttore del Master.

FIRMA E TIMBRO

……………………………………………..