



**NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI  
APPARTENENZA**

Il sottoscritto ..... responsabile del  
....., struttura di appartenenza del/la Dott./Dott.ssa  
.....,..... dichiara che autorizza il dipendente a svolgere  
l'incarico per un periodo di 30 giorni, nell'arco di (due) mesi, presso il Dipartimento di Scienze  
Chimiche, Biologiche, Farmaceutiche e Ambientali, senza ulteriore richiesta di sostituzione dello/a  
stesso/a.

FIRMA E TIMBRO

.....