



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Modello C

Parere – Nulla Osta del Direttore dell'U.O.C. e del Direttore del Dipartimento di afferenza del dipendente

Il/la sottoscritto/a _____ Direttore dell'U.O.C. _____
Vista la richiesta del dipendente _____ avente profilo di _____ in
carico presso questa unità operativa,
Viste in particolare le dichiarate modalità di svolgimento dell'incarico, ossia l'impegno orario
settimanale, le giornate e gli orari di svolgimento;
Preso atto del parere favorevole/nulla osta espresso dal Responsabile della turnazione e della pronta
disponibilità

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE/NULLA OSTA

Attestando che l'attività da svolgere non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento
delle liste d'attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica

Palermo _____

Timbro e Firma _____

O in alternativa

ESPRIME PARERE SFAVOREVOLE

Per le seguenti motivazioni _____

Palermo _____

Timbro e firma _____

Il/la sottoscritto/a _____ Direttore del Dipartimento _____

Vista la richiesta del dipendente _____ avente profilo di _____ in
carico presso l'U.O.C. _____ afferente il Dipartimento _____

Viste in particolare le dichiarate modalità di svolgimento dell'incarico, ossia l'impegno orario
settimanale, le giornate e gli orari di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole/nulla osta espresso dal Responsabile della turnazione e della pronta
disponibilità.

Preso atto del parere favorevole espresso dal Direttore dell'U.O.C. _____



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE/NULLA OSTA

Attestando che l'attività da svolgere non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa.

Palermo _____

Timbro e Firma _____

O in alternativa

ESPRIME PARERE SFAVOREVOLE

Per le seguenti motivazioni _____

Palermo _____

Timbro e firma _____