

ALLEGATO 3)

NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A					RESPONSABILE DELLA			
STRUTTURA	DI	AFFERENZA	DI					
AUTORIZZA IL	TRAS	FERIMENTO TE	EMPOR/	ANEO /	MOBILITA'	PARZIALE DE	L DIPENDEN	ΝΤΕ
PER MESI	PR	ESSO LA STRU	TTURA_			, SEN	IZA ULTERIO	RE
RICHIESTA DI S	SOSTIT	TUZIONE DELLO	STES	SO.				
DATA								
						Firma e tiı	mbro	
						riiiia e ui	טוטוו	