**Alla c.a. del Settore Formazione**

**Direzione Personale, Organizzazione, Performance**

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE**

**su Piattaforma *Agile Training***

Il Dirigente/Direttore/Presidente (Indicare nome e cognome):

della STRUTTURA (Indicare il nome della struttura):

**AUTORIZZA:**

* Il/La dipendente (o i/le dipendenti) *a partecipare al seguente corso/corsi di formazione presente nella Piattaforma Agile Training come indicato nella seguente tabella (inserire tutti i dati richiesti aggiungendo righe se necessario):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME DEL DIPENDENTE** | **TITOLO DEL CORSO** | **ORE** **EFFETTIVE DI CORSO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il/La Responsabile di Struttura

Nome e cognome

*sottoscritto con firma digitale*

da inviare a formazione@amm.unica.it