

<b>Anno</b>	
<b>Cod. Corso°</b>	
<b>Cod. Ediz.°</b>	

**Dipartimento:** \_\_\_\_\_

**Titolo Corso:** \_\_\_\_\_

**Sede Corso:** \_\_\_\_\_

**DOCENTE:** Interno  Esterno

**TUTOR:** Tutor d'aula RES  Coordinatore FSC  Tutor Training Individualizzato

**MATRICOLA (regionale):** \_\_\_\_\_ **Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_

Dipendente AUSL Romagna Ambito: RAVENNA  FORLI'  CESENA  RIMINI

Dipendente S.S.N.  Dipendente altro Ente  Libero professionista

**RINUNCIA AL COMPENSO**

Data	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Tot ore e minuti	Di cui in orario di servizio (€5.16/h)	Di cui in fuori orario di servizio (€25.82/h)	Firma DOCENTE/TUTOR
TOTALE ORE								

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO:

Cognome Nome \_\_\_\_\_