ASP TRAPANI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

Allegato D al P.T.P.C.
ASP TRAPANI

Struttura aziendale

.....

Al Dipendente

E p.c. **Al Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione**

L O R O S E D I

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE - DECISIONE.

Con riferimento alla Sua richiesta di astensione del..... in ordine al procedimento relativo a ....., si comunica che:

□ la Sua richiesta è accolta in quanto, a parere di questo Ufficio, sussistono giustificate ragioni per l'astensione, e pertanto la S.V. è invitata a consegnare al sottoscritto tutta la documentazione relativa al procedimento di che trattasi per l'assegnazione ad altro dipendente.

□ la Sua richiesta non è accolta in quanto (1).....
.....,

IL DIRETTORE

(Dr. .....)

(1) Specificare le motivazioni dell'accoglimento.