

DOMANDA DI SOSPENSIONE
Scuole di Specializzazione Mediche (D.L.vo 368/99)



Al Magnifico Rettore
dell'UNIVERSITÀ' degli STUDI di
TRIESTE

Trieste, _____

Il sottoscritto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MATRICOLA _____ COGNOME E NOME _____

nato a _____ il _____, domiciliato in via _____
 _____ n° _____ Località _____
_____ (Prov. _____) C.A.P. _____ tel.  _____ / _____, iscritto per l'a.a. _____
/ _____ al corso di diploma della Scuola di Specializzazione in _____ di
codesta Università,

CHIEDE

in base all'art. 40, comma 3 del D.L.vo 368/99, di poter sospendere la formazione specialistica dal _____ al _____ per:

- CONGEDO PARENTALE**
- GRAVIDANZA**

Allegare:

- Certificato in carta semplice del medico specialista attestante la data presunta del parto.
Solo per chi intende proseguire la frequenza anche durante i due mesi precedenti la data presunta del parto, allegare inoltre:
- Certificato in carta semplice del medico specialista del SSN o convenzionato attestante che la frequenza durante l'ottavo/nono mese non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro (**).
- Nulla osta del medico del lavoro competente.

- MALATTIA**

Allegare:

- Certificato in carta semplice rilasciato dal medico curante, indicante l'inizio e la fine del periodo di malattia.

FIRMA

PER PRESA VISIONE

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

I dati personali richiesti al candidato verranno trattati nei limiti stabiliti dal Decreto L.gs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".