



FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Funzione Formazione Post laurea & Research Partnership
Master, Dottorati e Corsi specializzanti Roma

DOMANDA DI **RIPRESA CORSO** ALLA FREQUENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME E NOME

nato/a _____ (_____)
CITTA' DI NASCITA PROVINCIA / NAZIONE

il _____ residente in _____
GG/MM/AA CITTA' DI RESIDENZA

Via _____ n° _____

telefono cellulare _____ iscritto/a al _____ anno a.a. _____

della Scuola di Specializzazione in _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 40 comma 4 e 6 D.Lgs 368/99, la ripresa del corso di specializzazione a seguito di sospensione per:

- GRAVIDANZA
- CONGEDO PARENTALE
- MALATTIA

a decorrere dal _____

Data _____

In fede
