

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Siena
presso Divisione Corsi III livello

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria
Senese

___L___ SOTTOSCRITT _____
NAT ___ A _____ (_____) IL ___/___/___
RESIDENTE A _____ (_____)
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ TELEFONO _____

CHIEDE ALLA M.V.

DI SOSPENDERE DAL ___/___/___ IL PERIODO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA PER
MALATTIA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE:

- 1) CERTIFICATO DI MALATTIA
- 2) _____

SIENA, _____

IN FEDE
