

STATO DI GRAVIDANZA / GRAVIDANZA A RISCHIO

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Siena
c/o Divisione Corsi III livello
Centro Didattico – Policlinico Le Scotte
53100 Siena

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Viale Mario Bracci, 16
53100 Siena

La sottoscritta Dott.ssa _____ nata a _____, il _____,
CF _____, iscritta per l'A.A. _____ al _____ di corso della Scuola di
Specializzazione in _____

COMUNICA

- il proprio stato di **gravidanza**, ai sensi del D.Lgs 151/2001

Allegando:

- *Un certificato del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato che attesti lo stato di gravidanza e la data presunta del parto;*

- *Un certificato di idoneità rilasciato dal medico competente dell'Azienda Universitaria Senese*

(I Medici in formazione Specialistica dovranno contattare il numero 0577/586728-568451-

586706 della U.O.S.A. Medicina Preventiva e Sorveglianza Sanitaria per essere sottoposte a visita medica.)

- il proprio stato di **gravidanza a rischio** con astensione immediata dall'attività formativa, ai sensi del D.Lgs 151/2001

(allegando un certificato del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato che attesti la gravidanza a rischio)

- La sottoscritta dichiara di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 40 commi 3 e 5 del D.Lgs. 368/99, durante il periodo di sospensione della formazione per maternità usufruirà esclusivamente della parte fissa del trattamento economico limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli della durata legale del corso di studi.

Siena _____

In fede
