

**RICHIESTA SOSPENSIONE PER MALATTIA**

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  
e p.c.  
All'Ufficio Trattamenti Economici  
Università degli Studi di Siena  
Via Banchi di Sotto, 55  
53100 SIENA

\_\_\_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

\_\_\_\_\_