

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
