

RICHIESTA RIPRISTINO FORMAZIONE SPECIALISTICA

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

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

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a a _____, il _____,
CF _____, iscritto/a per l'A.A. _____ al _____ di corso della
Scuola di Specializzazione in _____, avendo terminato in data
____/____/____ il periodo di sospensione della formazione specialistica chiesto per **malattia**
secondo quanto previsto dalla normativa vigente

CHIEDE ALLA M.V.

Il ripristino della formazione stessa con effetto dal ____/____/____.

A tal fine allega alla presente:

1) fotocopia del versamento delle tasse di iscrizione o conguaglio tasse

2) _____

Siena ____/____/____

In fede
