

**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

\_\_\_\_\_