

Applicare la marca da bollo secondo il valore vigente

**AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DI ROMA
"LA SAPIENZA"**

c.a. SEGRETERIA STUDENTI
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

DOMANDA DI SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

iscritto/a al _____ anno a.a. _____ decorrenza contratto _____

della Scuola di Specializzazione in _____

chiede, secondo quanto previsto dall'art. 40 comma 4 e 6 D.Lgs. 17/8/1999 n. 368, la **sospensione** della formazione specialistica per:

GRAVIDANZA:

due mesi precedenti la data presunta del parto e tre mesi dopo

(allegare 1- certificazione medica rilasciata dal medico specialista del SSN o da una struttura pubblica nella quale siano indicati la data di inizio della gestazione e la data presunta del parto)

dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto

(allegare 1- certificazione medica rilasciata dal medico specialista del SSN o da una struttura pubblica nella quale siano indicati la data di inizio della gestazione e la data presunta del parto

2- certificazione del medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute dell'Università, o in caso di convezione, della struttura dove si svolge l'attività formativa, che attesti che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro)

CONGEDO PARENTALE

MALATTIA

(allegare 1- certificato medico)

a decorrere dal _____ al _____

Allega _____

In fede

Data _____

Recapiti:

presa visione

Tel. _____

LA DIREZIONE DELLA SCUOLA

Indirizzo _____

e-mail _____

Data _____

(La presente istanza verrà trasmessa per conoscenza all'Ufficio Stipendi e all'Ufficio Borse di Studio per gli adempimenti di competenza)