



Dipartimento di Urologia
Scuola di Specializzazione
in Urologia

Al Coordinatore della Scuola di Specializzazione
in Urologia Università Sapienza
Prof. Alessandro Sciarra
Fax 06 4997 4278
Tel. 064997 4228

Il/la sottoscritto/a _____

Specializzando/a al _____ anno della Scuola di Specializzazione in Urologia

chiede la concessione dei seguenti periodi di :

Assenza per Motivi Personali gg. _____ dal _____ al _____

Assenza Malattia
(si allega certificato medico) gg. _____ dal _____ al _____

Astensione Obbligatoria Maternità gg. _____ dal _____ al _____

Missione gg. _____ dal _____ al _____

 Varie gg. _____ dal _____ al _____

Roma, _____

Firma del Richiedente

Il Responsabile del Reparto
(Prof.....)

Il Coordinatore della Scuola
(Prof. Alessandro Sciarra)
