



## FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Funzione Formazione Post laurea & Research Partnership  
Master, Dottorati e Corsi specializzanti Roma

### DOMANDA DI **RIPRESA CORSO** ALLA FREQUENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME

nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
CITTA' DI NASCITA PROVINCIA / NAZIONE

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
GG/MM/AA CITTA' DI RESIDENZA

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono cellulare \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno a.a. \_\_\_\_\_

della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

secondo quanto previsto dall'art. 40 comma 4 e 6 D.Lgs 368/99, la ripresa del corso di specializzazione a seguito di sospensione per:

- GRAVIDANZA
- CONGEDO PARENTALE
- MALATTIA

a decorrere dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_