

Applicare la marca da bollo secondo il valore vigente

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

c.a. **Segreteria studenti Scuole di Specializzazione**

e p.c. **Ufficio Stipendi
e Settore Gestione progetti
convenzioni e controlli**

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 concezione, 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 _____