

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  
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:

Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

presa visione

LA DIREZIONE DELLA SCUOLA

Data \_\_\_\_\_