

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 \_\_\_\_\_