



DOMANDA DI SOSPENSIONE PER GRAVIDANZA

**AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI BARI ALDO MORO**

La sottoscritta _____

nata a _____ (____) il ____/____/____

domiciliata in Via _____ CAP _____ Città _____

tel. _____ indirizzo PEC _____

iscritta per l'a.a. ____ al ____ anno di corso della Scuola di Specializzazione in

_____ Matr. _____

Con contratto di formazione: ministeriale regionale privato

CHIEDE

(Ai sensi dell'art. 40 D.L.vo n.368/99 e del D.L.vo n.151/2001)

Di sospendere il periodo di formazione specialistica per gravidanza

Dal _____ al _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Dichiara inoltre:

- Di essere a conoscenza che gli impedimenti superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per maternità, per la quale restano ferme le disposizioni previste dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e malattia sospendono il periodo di formazione con l'obbligo per il medico in formazione specialistica di recupero delle assenze effettuate. Durante la sospensione per i predetti impedimenti al medico in formazione specialistica compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico, limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso.
- Di essere a conoscenza che la durata del periodo di formazione specialistica non è ridotta a causa della suddetta sospensione.
- Di impegnarsi a produrre al sett. Scuole di Specializzazione, anche a mezzo posta, il certificato di nascita del/la neonato/a, per il computo preciso del periodo di sospensione.
- Di impegnarsi a produrre al sett. Scuole di Specializzazione, anche a mezzo posta, l'attestazione di avvenuta ripresa della frequenza controfirmata dal Direttore della Scuola di Specializzazione, al termine del periodo di sospensione richiesto.

Allega:

- Certificato medico attestante lo stato di gravidanza e la data prevista del parto, per sospensione 2 mesi prima e 3 mesi dopo il parto (art.16 D.Lgs.151/2001).
- Certificati medici rilasciati rispettivamente da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e da un medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro, attestanti lo stato di gravidanza, la data prevista del parto e che l'eventuale opzione della sospensione 1 mese prima e 4 dopo il parto non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro (art.20 D.Lgs.151/2001)
- Copia documento di identità

Data _____

Firma _____



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

DIPARTIMENTO PER GLI STUDENTI
E LA FORMAZIONE POST-LAUREA

COMUNICAZIONE RIPRESA FREQUENZA

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO
TASSATIVAMENTE DIECI GIORNI PRIMA DELLA
RIPRESA FREQUENZA, ANCHE A MEZZO FAX AL N.
0805714802**

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di
Bari Aldo Moro

Oggetto: comunicazione ripresa frequenza

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
iscritta alla scuola di specializzazione in _____
_____ Matr. _____
avendo sospeso la formazione specialistica per gravidanza/maternità,
comunica che riprenderà a frequentare il _____.

Luogo e data _____

Firma

Allegati:
copia documento di identità