



DOMANDA DI SOSPENSIONE PER MALATTIA

**AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI BARI ALDO MORO**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Domiciliato/a in Via _____ CAP _____ Città _____

tel. _____ indirizzo PEC _____

Iscritto/a 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)

Di sospendere il periodo di formazione specialistica per malattia

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

Dichiara inoltre:

- Di essere a conoscenza che gli impedimenti superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per malattia sospendono il periodo di formazione con l'obbligo per il medico in formazione specialistica di recupero delle assenze effettuate. Durante la sospensione per il predetto impedimento 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, l'attestazione di avvenuta ripresa della frequenza controfirmata dal Direttore della Scuola di Specializzazione, al termine del periodo di sospensione richiesto.

Allega:

- Certificato medico
- 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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Iscritto/a alla scuola di specializzazione in

_____ Matr. _____

avendo sospeso la formazione specialistica per malattia, comunica che
riprenderà a frequentare il _____.

Luogo e data _____

Allegato:
copia documento di identità

Firma