



**SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA**

**ASSENZE PER MALATTIA**  
*(art. 1, c. 3 e 5 contr. form. spec.)*

<b>DATI IDENTIFICATIVI</b> <i>(scrivere in stampatello)</i>	
Cognome:	Nome:
Scuola di Specializzazione:	
Anno di corso:	Anno di pertinenza del contratto: dal _____ al _____ (*)

**MALATTIE**

dal	al	Totale giorni di calendario	Firma Medico in formazione specialistica	Firma Direttore Scuola

- ✓ Le assenze per malattia che superino il periodo di un anno, nell'ambito dell'intera durata del corso di specializzazione, sono causa di risoluzione anticipata del contratto.
- ✓ Per ciascun giorno/periodo di malattia deve essere esibito e conservato il relativo certificato medico.
- ✓ Al termine dell'anno di riferimento il plico contenente l'originale del presente modulo con relativi certificati medici allegati andrà consegnato al Direttore della Scuola che, dopo averlo firmato per presa visione, provvederà a trasmetterlo in originale agli uffici dell'Amministrazione per l'archiviazione nel fascicolo dell'interessato.

**Per presa visione,  
Il Direttore della Scuola**

\_\_\_\_\_  
*(firma)*

(\*) La data di decorrenza è riportata all'art.1, c.1 del contratto di formazione sottoscritto dal Medico in formazione specialistica.