



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA

Modulo D

Dipartimento di Medicina
Scuole di Specializzazione di area sanitaria
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

Oggetto: Comunicazione rientro in formazione

La sottoscritta (cognome) _____ (nome) _____ nata a
_____ (prov. _____) il _____, iscritta al _____ anno di corso
della Scuola di Specializzazione in _____, residente a
_____, via _____, n. _____,
tel. fisso n. _____, cell. _____,

dichiara

di aver partorito in data _____

e di riprendere regolarmente la frequenza della Scuola di Specializzazione il giorno _____, al
termine del periodo di sospensione richiesto per maternità.

_____, _____
(Luogo e data)

(Firma)

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

(firma)