

Università degli studi di Milano
Divisione Stipendi e Carriere del Personale
Ufficio Contratti di Formazione e Ricerca
Via S. Antonio 12
20122 Milano

Il/La Dott/Dott.ssa _____

Iscritta al ____ anno della Scuola di Specialità in (indicare il nome della scuola):

scuola n. ____ (I° ; II ° o III°):

Direttore della Scuola di Specialità

Prof: _____

CHIEDE

la sospensione temporanea come da contratto di formazione specialistica art. 1 punto 3 per impedimenti temporanei superiori a quaranta giorni lavorativi di malattia.

Per il seguente periodo dal _____ al _____

Allego certificato medico.

Indirizzo dell'abitazione e recapito telefonico:

Milano, _____

Firma _____