



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

In \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

medico specializzando iscritto al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in

\_\_\_\_\_

CHIEDE

di potersi assentare dal Reparto presso cui svolge il tirocinio pratico, per motivi personali  
come da Contratto di Formazione Specialistica art. 1 c. 4

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

Tale periodo di assenza è stato concordato con \_\_\_\_\_

Milano \_\_\_\_\_  
Data

In fede \_\_\_\_\_  
Firma

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore

\_\_\_\_\_