



UNIVERSITÀ DI PAVIA

Spett.le

Pavia, _____

UOC Scuole di specializzazione Area sanitaria

Università di Pavia

Matricola _____

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____

Il _____, iscritta/o al _____ anno di corso della Scuola

di specializzazione in _____

chiede di poter interrompere l'attività di formazione specialistica per malattia dal _____

ai sensi del comma 3, art. 40 del D.lgs. 368/1999.

Allegato: certificato medico

Firma _____