



Università degli Studi di Sassari

Area Didattica, Orientamento e Servizi agli studenti
Ufficio Alta Formazione

AI MAGNIFICO RETTORE

..I... sottoscritt.... (cognome) (nome)nat... il .../.../.....
comune di nascita.....residente invian°
prov.....c.a.p. n° telefonoe-mail.....

regolarmente iscritt.... al anno della Scuola di Specializzazione in
matricola

CHIEDE

la sospensione della formazione specialistica (art. 1 comma 3 del Contratto di Formazione Specialistica) per il prescritto periodo (**tutela della maternità**) di cinque mesi dal .../.../..... al .../.../.....

A tal fine allega:

☛ certificato medico attestante lo stato di gravidanza e la data prevista del parto (**per sospensione: 2 mesi prima e 3 dopo il parto**);

☛ certificato medico attestante lo stato di gravidanza la data prevista del parto e la mancanza di condizioni patologiche in atto che possano controindicare il proseguimento della formazione specialistica fino ai 30 giorni precedenti tale data (**per sospensione: 1 mese prima e 4 dopo il parto previsto dall'art. 20 del Decreto legislativo n. 151/2001**).

Sassari, .../.../.....

Firma

.....

**DOMANDA DI SOSPENSIVA PER CONGEDO DI MATERNITÀ
OBBLIGATORIO**