



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

di poter usufruire, così come previsto dall'art. 1 comma 3 del Contratto di Formazione specialistica, di
complessivi gg. di assenza per ☞ malattia ☞ infortunio nel periodo compreso dal/
.../..... al .../.../.....

In riferimento all'infortunio, il sottoscritto comunica di averne dato tempestivamente informazione e aver
consegnato la documentazione necessaria all'Azienda Sanitaria la quale è responsabile degli aspetti
assicurativi (Art. 6 comma 4 del Contratto di formazione specialistica)

Allega: certificato medico

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

Firma

.....

DOMANDA DI SOSPENSIVA PER MALATTIA/INFORTUNIO