



Alla Segreteria Scuole di Specializzazione  
Facoltà di Medicina e Psicologia  
SEDE Ospedale Sant'Andrea

### **Modulo Assenze**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

chiede la concessione dei seguenti giorni:

- Malattia o infortunio gg \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Convegno/Congresso gg \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Ferie gg \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Allega alla presente la seguente documentazione \_\_\_\_\_

Roma,

Firma dello specializzando

\_\_\_\_\_

Il Direttore della Scuola

\_\_\_\_\_