



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

**Modulo Assenze** (per iscritti dall' anno 2014/2015)

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 \_\_\_\_\_

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

Roma,

Firma dello specializzando

\_\_\_\_\_

Il Direttore della Scuola

\_\_\_\_\_