FACOLTÀ DI MEDICINA
E PSICOLOGIA

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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

Modulo assenze malattia bambino

Il/La sottoscritto/a_____ iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in_____a norma del testo unico in materia di tutela e sostegno della maternità (D.Lgs. 151/2001 e s.m.i.)

chiede la concessione dei seguenti giorni:

- Malattia bambino gg____ dal_____al _____

(Poiché l'assenza per malattia del bambino può essere fruita alternativamente dai due genitori, lo specializzando che ne usufruisce deve consegnare una dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante che l'altro genitore non sia in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo).

A tal fine, pertanto, dichiara che il marito/compagno……non è stato in astensione dal lavoro negli stessi giorni per lo stesso motivo.

Allega alla presente la seguente documentazione_____

Roma, Firma dello specializzando

_____

Il Direttore della Scuola

_____

Nel caso di malattia superiore ai 40 gg. (come da Normativa Ministeriale) la presente istanza verrà trasmessa all'ufficio stipendi e all'ufficio Scuole di Specializzazione centrale per gli adempimenti di competenza.