



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI PAVIA

Bollo
€ 16,00

Matr. _____

l sottoscritt_ _____ nato/a a _____
il _____ iscritto/a al ____ anno di corso della scuola di specializzazione in
_____ per l'A.A. 20 __ / __ chiede
di poter interrompere l'attività di formazione specialistica per **malattia** dal _____
al _____ ai sensi del comma 3, art. 40 del D. Leg.vo 368/1999.

Allega certificato medico.

Firma

Pavia, _____