



UNIVERSITÀ DI PAVIA

Pavia, _____

Spett-le

UOC Scuole di specializzazione

Area sanitaria

Università di Pavia

Matricola _____

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____,

iscritta al _____ anno di corso della scuola di specializzazione in

_____ per l'a.a. 20___/20___, comunica che usufruirà del congedo obbligatorio di maternità a decorrere dal

_____ ai sensi del comma 3, art. 40 del D.Leg.vo 368/1999.

Allegato: certificato medico

La specializzanda
