



# 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

\_\_\_\_\_