



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

In _____

Il/la sottoscritto/a _____,

medico specializzando iscritto al _____ anno della Scuola di Specializzazione in

CHIEDE

di potersi assentare dal Reparto presso cui svolge il tirocinio pratico, per motivi personali
come da Contratto di Formazione Specialistica art. 1 c. 4

dal giorno _____ al giorno _____

Tale periodo di assenza è stato concordato con _____

Milano _____
Data

In fede _____
Firma

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore
