

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**

La sottoscritta Dott.ssa _____
nata il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____
via _____
iscritta per l'anno accademico _____ al _____ anno di corso
della Scuola di Specializzazione in _____

DICHIARA

- di riprendere/aver ripreso, ai sensi dell'art. 40 comma 3 del Decreto Legislativo 17/08/1999 n. 368, l'attività di formazione medico specialistica a tempo pieno presso la Scuola anzidetta a decorrere dal _____;
- di essere a conoscenza che l'intera durata legale della formazione specialistica non può essere ridotta a causa della suddetta sospensione;
- di essere a conoscenza che il periodo di sospensione deve essere recuperato interamente e che ciò comporta inevitabilmente uno slittamento della futura data di conseguimento del diploma di specializzazione.

Perugia,

FIRMA

IL DIRETTORE
DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
(Timbro e Firma)
