



Al Direttore della Scuola di Specializzazione
in

All'Ufficio Scuole di Specializzazione di
Area Sanitaria

Oggetto: Trasmissione certificato di nascita figlio/a

La sottoscritta Dott.ssa
iscritta per l'anno accademico al anno della Scuola di Specializzazione
in.....
trasmette il certificato di nascita del proprio figlio/a
nato/a a il.....
CF:..... (*allegare copia del certificato di attribuzione del codice fiscale*)

Perugia,

Firma

.....