



Al Direttore della Scuola di Specializzazione
in

All'Ufficio Scuole di Specializzazione di Area
Sanitaria

Oggetto: Trasmissione certificato medico

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
iscritto/a per l'anno accademico al anno della Scuola di Specializzazione
in.....
in malattia dal.....al.....
trasmette alla S.V. il certificato medico comprovante l'infermità nei giorni di assenza dalla
formazione medico specialistica.

Perugia,

Firma

.....