



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

.....