

**COMUNICAZIONE RIPRESA ATTIVITA'
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Matr. n°

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

All'Azienda Ospedaliera

La sottoscritta Dr.ssa

nata a (prov.) il

iscritta al anno della Scuola di Specializzazione in

dichiara

- di aver partorito in data
- di essere stata assegnata dal Consiglio di Scuola presso l'A.O. di
U.O./Servizio di
- di riprendere regolarmente la frequenza della predetta Scuola di Specializzazione il giorno,
al termine del periodo di sospensione richiesto per maternità

.....
(data)

.....
(firma del Medico in formazione)

.....
(data)

.....
(firma presa visione Direttore di Scuola)

.....
(data)

.....
(firma presa visione Tutor dell'Ente Ospitante)

RECAPITO:

Via Città

C.A.P. Tel. E-mail@campus.unimib.it

La modulistica incompleta non verrà accettata.

Il presente modulo deve essere inviato a cura dell'interessata all'Ufficio Gestione Scuole di Specializzazione (e-mail carriere.specializzandi@unimib.it) allegando fotocopia fronte retro del documento di identità. L'invio all'Azienda Ospedaliera deve essere effettuato direttamente dall'interessata.

La presente comunicazione viene inviata dall' Ufficio Gestione Scuole di Specializzazione a:

- Settore Trattamenti Economici Università degli Studi di Milano-Bicocca
- Servizio Medico Competente - Università degli Studi di Milano-Bicocca