



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA SERVICE AREA MEDICA

Al Direttore della Scuola di Specializzazione

SEDE

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ASSENZA GIUSTIFICATA

Il/la sottoscritto/a iscritto al anno
della Scuola di Specializzazione in

chiede nulla osta ad assentarsi dalle attività della Scuola dal __/__/__ al __/__/__

per i seguenti motivi: **Permesso per motivi personali**

Data __/__/__

FIRMA

Il Medico in formazione specialistica

FIRMA

Il Responsabile della sede formativa

SI AUTORIZZA: _____
(Il Direttore della Scuola di Specializzazione o un suo delegato)