

COMUNICAZIONE RIPRESA ATTIVITA'

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO A CURA DELL'INTERESSATA ALL'UFFICIO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE (VIA TEMOLO, 3 MILANO) ALMENO **7 GIORNI LAVORATIVI PRIMA** DELLA RIPRESA DELL'ATTIVITA' DI PERSONA O TRAMITE FAX (02/64486289).
IN CASO DI INVIO A MEZZO FAX ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ.

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca**

La sottoscritta Dr.ssa _____
matr. N. _____ nata a _____ prov. _____ il _____
iscritta per l'a.a. _____ al _____ anno di corso della Scuola di Specializzazione in _____

DICHIARA

di aver partorito in data _____

e

di riprendere regolarmente la frequenza della predetta Scuola di Specializzazione il giorno _____, al termine del termine di sospensione richiesto per maternità.

Visto il Direttore della Scuola di Specializzazione _____

Visto il Tutor dell'Ente Ospitante _____

Data _____

Firma del medico in formazione _____

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



Servizio Prevenzione e Protezione Università degli Studi di Milano-Bicocca



Settore Trattamenti Economici Università degli Studi di Milano-Bicocca



U.O. Medicina Occupazionale ed Ambientale San Gerardo