

Al Direttore della Scuola di Specializzazione di

SEDE

**Al Settore Personale Convenzionato con il SNN
e Specializzandi**

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____
residente in Via _____ n. _____ cap. _____

Località _____ (prov. _____) tel. _____ Email _____

iscritta per l'Anno Accademico _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione in
_____ della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

COMUNICA

di voler usufruire dei riposi giornalieri previsti dall'art. 39 del decreto legislativo n. 151/2001 (T.U. maternità),
per il/la figlio/a _____ nato/a il _____
per il periodo dal _____ al _____.

DICHIARA

di essere consapevole che per il suddetto periodo verranno versati la quota fissa ed i 2/3 della quota variabile, e
che il medesimo dovrà essere recuperato in ragione di 1/3.

In fede.

Genova, _____

(firma) (*)

(*) Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità