

AL MAGNIFICO RETTORE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
DI

La sottoscritta _____ matr. _____

Iscritta al _____ anno di formazione specialistica,

Nata a _____ il _____

Comunica, ai sensi del D.lgs 151/2001 di essere in stato di gravidanza e che la data presunta parto risulta essere _____

Pertanto chiede di sospendere la formazione per maternità, come da contratto di formazione art.1 c.3:

due mesi precedenti la data presunta del parto e tre mesi dopo il parto
dal _____ al _____

Oppure

ai sensi della legge n. 53 del 08/03/2000 e succ.mod. o in applicazione della legge n.145 del 30/12/2018

un mese precedente la data presunta del parto e quattro mesi dopo il parto
dal _____ al _____

fino all'espletamento del parto e 5 mesi dopo

Non essendoci nella mansione impedimenti previsti dagli artt. 7,11,12 del D.lgs 151/2001.

Dichiara di:

- essere a conoscenza che durante la sospensione di cui sopra non è consentito sostenere esami di profitto e di diploma
 - impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio competente ogni eventuale variazione del periodo di sospensione
 - impegnarsi a provvedere alla presentazione di autocertificazione di nascita del figlio entro 20 giorni dalla data parto
- Alla presente istanza allega:

-certificato medico specialista riportante la data presunta del parto

Solo nel caso di sospensione un mese prima o all'espletamento del parto

-Certificato rilasciato dal medico specialista del SSN attestante che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

-Certificato rilasciato dal medico competente del Servizio prevenzione rischio e igiene ambientale, attestante che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

La presente è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445 del 28/12/2000.

La sottoscritta autorizza l' Università ai sensi del D.lgs 196/93 al trattamento dei propri dati personali per le finalità consentite dalla legge.

Data _____ firma _____

Spazio da compilare a cura del direttore della scuola di specializzazione

Dichiaro di aver preso visione di quanto sopra e mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione/inadempienza sul calendario relativo ai recuperi.

Data _____ firma e timbro della scuola _____

Il presente modulo con eventuali allegati va trasmesso due mesi prima della data presunta parto.