UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE
hic sunt futura

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA

AUTORIZZAZIONE ASSENZE PER MOTIVI PERSONALI (ferie)
(art. 1, c. 4 contr. form. spec.)

DATI IDENTIFICATIVI *(scrivere in stampatello)*	
Cognome:	Nome:
Scuola di Specializzazione:	
Anno di corso:	Anno di pertinenza del contratto: dal_____ al _____ (*)

FERIE

dal	**al**	**Totale giorni**	***Firma Medico in formazione specialistica***	***Firma per l'autorizzazione del Direttore della Scuola***

- ✓ Il medico in formazione specialistica ha diritto ad assentarsi per un periodo massimo di 30 giorni lavorativi per ciascun anno di corso (il periodo di riferimento coincide con quello di pertinenza del contratto, che ha durata annuale).
- ✓ Le assenze per motivi personali devono essere preventivamente autorizzate dal Direttore della Scuola.
- ✓ Al termine dell'anno di riferimento l'originale del presente modulo andrà consegnato al Direttore della Scuola che, dopo averlo firmato per presa visione, provvederà a trasmetterlo in originale agli uffici dell'Amministrazione per l'archiviazione nel fascicolo dell'interessato.

Per presa visione
Il Direttore della Scuola

_____
(firma)

(*) La data di decorrenza è riportata all'art.1, c.1 del contratto di formazione sottoscritto dal medico in formazione specialistica.