



**SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA**

**Modulo D**

Dipartimento di Area Medica  
Scuole di Specializzazione dell'area medico-  
chirurgica  
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

**Oggetto: Comunicazione rientro in formazione**

La sottoscritta (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nata a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, iscritta al \_\_\_\_\_ anno di corso  
della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
tel. fisso n. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_,

dichiara

di aver partorito in data \_\_\_\_\_

e di riprendere regolarmente la frequenza della Scuola di Specializzazione il giorno \_\_\_\_\_, al  
termine del periodo di sospensione richiesto per maternità.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Per presa visione,  
Il Direttore della Scuola**

\_\_\_\_\_  
(firma)