



**AUTORIZZAZIONE - ASSENZA GIUSTIFICATA**

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME

Medico in formazione del C.F.S.M.G. triennio \_\_\_\_\_ assegnato presso la A.S.L. SALERNO

Periodo Formativo in svolgimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire, per motivi personali, ai sensi del co. 6 dell'art. 24 D.lgs. n. 368/99 e s.m.

di n. \_\_\_\_\_ ore assenza giustificata nel giorno 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

di n. \_\_\_\_\_ giorni assenza giustificata dal 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 al 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Dichiara,**

che, nel formulare la presente richiesta, ha tenuto conto delle indicazioni contenute nel Regolamento del CFSMG della Regione Campania (Decreto DG 247/2018 - Rif. disciplina delle assenze giustificate) e che le stesse rientrano in quelle ammissibili e che non determinano interruzione della formazione e sospensione della borsa di studio.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico in formazione \_\_\_\_\_

**Parte riservata al Coordinatore Aziendale del CFSMG**

Rilevato che l'assenza non pregiudica il raggiungimento degli obiettivi formativi, si autorizza.

Si autorizza precisando che l'assenza dovrà essere recuperata.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma Coordinatore CFSMG \_\_\_\_\_