

SOSPENSIONE - GRAVIDANZA

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello - fleggare le caselle interessate

La sottoscritta

COGNOME

NOME

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

periodo del corso in svolgimento _____ presso _____

COMUNICA

di sospendere il corso per gravidanza, ai sensi del co. 5 dell'art. 24 D.lgs. n. 368/99 e s.m.

ASTENSIONE OBBLIGATORIA

ORDINARIA 2 MESI PRIMA E 3 MESI DOPO IL PARTO DAL ___/___/___ AL ___/___/___

FLESSIBILITA' 1 MESE PRIMA E 4 MESI DOPO IL PARTO DAL ___/___/___ AL ___/___/___

GRAVI COMPLICANZE (GRAVIDANZA PATOLOGICA) DAL ___/___/___ AL ___/___/___

CHIEDE

INOLTRE, DI POTER USUFRUIRE DI

ASTENSIONE FACOLTATIVA fino al giorno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dichiara

di essere a conoscenza delle indicazioni contenute nel Regolamento del CFSMG della Regione Campania (Decreto DG 247/2018 - Rif. Maternità); che il periodo di sospensione non comporterà riduzione della durata del corso e dovrà essere recuperato; che durante il periodo di sospensione non verranno erogati i ratei mensili di borsa di studio, i quali verranno corrisposti in relazione all'effettivo completamento della frequenza durante il recupero; di impegnarsi a produrre idonea certificazione della nascita per il computo preciso del periodo di sospensione.

Data _____

Firma del Medico in formazione _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- certificato medico attestante lo stato di gravidanza e la data prevista del parto, per sospensione ORDINARIA;
- certificati medici rilasciati rispettivamente da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato e da un medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute sui luoghi di lavoro, attestanti lo stato di gravidanza, la data prevista del parto e che l'eventuale opzione della FLESSIBILITA' non arreca pregiudizio della gestante e del nascituro;
- certificato medico rilasciato da specialista del SSN o con esso convenzionato, attestante gravi complicanze della gravidanza o preesistenti forme morbose e recante la settimana di gestazione e la data presunta del parto.

Data _____

Timbro e Firma Coordinatore CFSMG _____