



SOSPENSIONE - MALATTIA OLTRE 30 GG.

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

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

NOME

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

periodo del corso in svolgimento _____ presso _____

CHIEDE

di poter sospendere il corso per grave malattia e/o infortunio, ai sensi del co. 5, art. 24, D.lgs. n. 368/99,

per un periodo consecutivo superiore a 40 giorni **DAL** ___/___/___ **AL** ___/___/___

Dichiara

di essere a conoscenza delle indicazioni contenute nel Regolamento del CFSMG della Regione Campania (Decreto DG n. 247/2018); 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;

Data _____

Firma del Medico in formazione _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- certificato del medico curante;
- certificato medico rilasciato da un medico specialista del SSN;
- certificato medico rilasciato da Struttura del SSN, attestante il ricovero.

Parte riservata al Coordinatore Aziendale del CFSMG

Si autorizza la sospensione precisando che dovrà essere recuperata.

Data _____

Timbro e Firma Coordinatore CFSMG _____