



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI MEDICHE E PROFESSIONI SANITARIE

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

DIRETTORE: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT _____
COGNOME E NOME

COMUNICA AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE CHE IL SEGUENTE PERIODO DI ASSENZA È DOVUTA A:

MALATTIA

DAL ___/___/____ AL ___/___/____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DI:

PERMESSO PER MOTIVI PERSONALI

DAL ___/___/____ AL ___/___/____

DAL ___/___/____ AL ___/___/____

DAL ___/___/____ AL ___/___/____

CAMPOBASSO: ___/___/____

IL RICHIEDENTE

IL DIRETTORE DELLA SCUOLA