



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE:

SOSPENSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

frequentante il corso triennale di formazione specifica in medica generale _____

CHIEDE di poter usufruire di n. _____ settimana/e _____ (gg/mm/aa/) al _____ (gg/mm/aa/)

Data, _____

Firma del Medico Tirocinante

AUTORIZZAZIONE:

Data, _____

(Timbro e Firma del
TUTOR/TRAINER)

Modulo da allegare al foglio di presenza da consegnare mensilmente alla Segreteria o inviare via mail all'indirizzo ceformed.formazione specifica@aas2.sanita.fvg.it

Il Regolamento prevede che le assenze per motivi personali, debbano essere preventivamente autorizzate dal CEFORMED e non devono superare i 30 gg. complessivi nell'anno di formazione, ne pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi formativi. All'interno di tali assenze per motivi personali vanno ricomprese eventuali assenze per malattia che devono essere comunicate al CEFORMED e al Tutor/Trainer il primo giorno di assenza.