



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE:

Assenze per motivi personali

Il/la sottoscritto/a _____

frequentante il corso triennale di formazione specifica in medica generale _____

CHIEDE di poter usufruire di n. ____ giorni di assenza dal _____ (gg/mm/aa/) al _____ (gg/mm/aa/)
secondo quanto previsto dal c. 6 dell'art. 24 del D.Lsg. N. 368/1999 e s.m.

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.