

AL DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

ALL'UFFICIO SEGRETERIA STUDENTI POST LAUREA DI
AREA SANITARIA

La sottoscritta _____ nata a
_____ il _____ residente in Via
_____ n. _____ CAP _____ città di
_____ (prov. _____) tel. _____ e-mail
_____ iscritta per l'A.A. _____ al
_____ anno di corso della Scuola di Specializzazione in

COMUNICA

di voler usufruire della riduzione facoltativa dell'orario di formazione per allattamento (*) del/della
figlio/a _____ nato/a il
_____ per il periodo dal _____ al
_____.

In fede

Ancona, lì _____

(firma)

() Per poter essere ammessi all'esame finale l'attività formativa non svolta deve essere recuperata in ragione di 1/3.*

Durante il periodo di allattamento saranno corrisposti al medico in formazione specialistica la quota fissa ed i 2/3 della quota variabile; nel periodo di recupero saranno corrisposti al medico in formazione specialistica la quota fissa e la variabile.

Per periodi di recupero inferiori a 15 giorni non è prevista la corresponsione del trattamento economico.

Non è previsto recupero per periodi di allattamento fino a 3 mesi (che comportano un recupero fino a un mese) nei seguenti casi:

- qualora il Direttore della Scuola dichiari che il medico in formazione ha comunque raggiunto gli obiettivi formativi necessari per il conseguimento del titolo;*
- qualora il Direttore della Scuola dichiari che il medico in formazione specialistica alla data di fine periodo di allattamento non abbia usufruito delle giornate di cui all'articolo 40 del Decreto Legislativo n. 368/1999, in numero pari alle giornate di recupero.*