



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Brescia
P.zza del Mercato, 15
25121 – B R E S C I A ---

Al Direttore della Scuola di Specializzazione in _____
_____ Prof. _____

Alla U.O.C. Sanità e Supporto alla struttura di coordinamento della didattica di medicina e
Chirurgia

L sottoscritt _Dott. _____
nato a _____ il _____ residente a _____
_____ in via _____ iscritto
al _____ anno per l'a.a. _____ alla Scuola di Specializzazione in _____
_____ di questa Università

C H I E D E

ai sensi dell'art. 40, comma 3, del D. L.vo 368/99, di riprendere la formazione specialistica a partire
dal _____.

In fede

Dott. _____

Brescia, _____