Brescia, Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Al Magnifico Rettore

Università degli Studi di Brescia

Al Direttore della Scuola di specializzazione in

Scegliere un elemento.

Prof./Prof.ssa Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Università degli Studi di Brescia

**Ripresa della formazione specialistica ai sensi dell’art. 40, comma 3, del D. L.vo 368/99**

Scegliere un elemento. Fare clic o toccare qui per immettere il testo., C.F. Fare clic o toccare qui per immettere il testo., medico specializzando regolarmente iscritto al Scegliere un elemento. anno della Scuola di Specializzazione in Scegliere un elemento.

DICHIARA

di riprendere regolarmente la frequenza della predetta Scuola di Specializzazione il giorno Fare clic o toccare qui per immettere una data., al termine del periodo di sospensione richiesto per Scegliere un elemento..

*Firma*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Per presa visione*

Il direttore della Scuola in Scegliere un elemento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_