



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

All'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Facoltà Di Medicina E Chirurgia "Agostino Gemelli"

**All' Unità Master, Dottorati
e corsi specializzanti**

Domanda di **sospensione** della frequenza specialistica.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il ____/____/_____,
residente _____ Via _____
_____ iscritto /a al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____
_____ decorrenza contratto _____.

Chiede, secondo quanto previsto, dall'art. 40 comma 4 e 6 D.Lgs. 17/08/1999 n. 368 e dal
D.Lgs. n. 148 del 14/09/2015 la **sospensione** della formazione specialistica per:

- Gravidanza**
- Due mesi precedenti la data presunta del parto e tre mesi dopo
(allegare il certificato del ginecologo attestante lo stato di gravidanza e la data presunta del parto);
- Dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto
(certificazione prevista dalla legge – rilasciata dal ginecologo di una struttura pubblica – nella quale viene attestato lo stato di gravidanza, la data presunta del parto e che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro).
- Dopo l'evento del parto entro cinque mesi successivi allo stesso
(a condizione che il medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro, secondo D.Lgs. n. 151/2001 art. 16 comma 1.1, così come integrato dalla legge 145 del 30 dicembre 2018)
- Congedo parentale** (max 6 mesi)
(allegare: il certificato di nascita del bambino;
dichiarazione dell'altro genitore di non usufruire contestualmente del congedo)
- Malattia**
(allegare il certificato medico)

A decorrere dal _____

Allega _____

Roma, ____/____/____

Firma
