



SCUOLA DI PEDIATRIA

COMUNICAZIONE ASSENZA SPECIALIZZANDI IN PEDIATRIA CHIRURGIA PEDIATRICA – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DI TOR VERGATA

COGNOME E NOME _____

ISTRITTA/O AL PRIMO SECONDO TERZO QUARTO QUINTO ANNO

ASSEGNATA/O ALLA U.O. /SERVIZIO/ _____

SEDE GIANICOLO SAN PAOLO PALIDORO CASILINO TOR VERGATA ALTRO _____

CAUSALE ASSENZA FERIE CONGRESSO STAGES

- DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____ TOT. _____
- DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____ TOT. _____
- DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____ TOT. _____

MANCATE TIMBRATURE

DATA	ENTRATA	USCITA	FIRMA RESPONSABILE

FIRMA SPECIALIZZANDO _____

DATA _____

FIRMA e TIMBRO RESPONSABILE _____

DATA _____

N.B. Il presente modulo per essere valido, deve essere compilato in tutte le sue parti e recapitato, tassativamente tre giorni prima dell'assenza prevista, presso la segreteria OPBG della scuola.