



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 RECUPERO

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

FIRMA RESPONSABILE _____ DATA _____

MANCATE TIMBRATURE

DATA	ENTRATA	USCITA	FIRMA RESPONSABILE

FIRMA SPECIALIZZANDO _____ 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