**(da compilare su CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA)**

**RICHIESTA INTERRUZIONE
PERIODO FORMATIVO PRESSO UNA STRUTTURA FUORI RETE FORMATIVA IN ITALIA[[1]](#endnote-1)**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Direttore della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentito il tutor di percorso……………………………………..

Sentito il Direttore della struttura ospitante…………………………………………… (nome, cognome, mail, telefono);

**chiede di INTERROMPERE ANTICIPATAMENTE

a decorrere dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la convenzione nominativa stipulata con l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
in data………………. repertorio ……………..**

**relativa al periodo fuori rete del dott. ……………………………………**

Matricola: ............... Nato a: ............ il .......... C.F.: ....................... residente in via/piazza……………. N. Cap … Città…… Tel. ………..specializzando in formazione specialistica iscritto al ............... anno in corso per l'A.A. ...............alla Scuola di Specializzazione in ………………………………..……. **che dal giorno successivo al termine del periodo fuorirete riprenderà regolarmente servizio presso le strutture di rete**.

L’interruzione è dovuta a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Per presa visione e accettazione***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Direttore della Struttura ospitante**Nome CognomeFIRMA e TIMBRO o FIRMA DIGITALE |  | **Lo specializzando** Nome CognomeFIRMA e TIMBRO o FIRMA DIGITALE |

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**
Nome Cognome

FIRMA e TIMBRO o FIRMA DIGITALE

1. L’uso nel presente modulo del genere maschile non ha alcun carattere discriminatorio ma, inteso come genere neutro, risponde solo ad esigenze di più immediata comunicazione. [↑](#endnote-ref-1)