



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE:

Assenze per motivi personali

Il/la sottoscritto/a _____

frequentante il corso triennale di formazione specifica in medicina generale _____

CHIEDE di poter usufruire di n. _____ giorni di assenza dal _____ (gg/mm/aa/) al _____ (gg/mm/aa/)
secondo quanto previsto dal c. 6 dell'art. 24 del D.Lsg. N. 368/1999 e s.m.

Data, _____

Firma del Medico Tirocinante _____

AUTORIZZAZIONE:

Data, _____

(Timbro e Firma del
TUTOR/TRAINER) _____

Modulo da inviare, unitamente al foglio di presenza tirocinio laddove presente, mensilmente via mail all'indirizzo ceformed.formazione specifica@aas2.sanita.fvg.it

Il Regolamento prevede che le assenze per motivi personali, debbano essere preventivamente autorizzate dal CEFORMED e non devono superare i 30 gg. complessivi nell'anno di formazione, ne pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. All'interno di tali assenze per motivi personali vanno ricomprese eventuali assenze per malattia che devono essere comunicate al CEFORMED e al Tutor/Trainer il primo giorno di assenza. I primi 15 giorni di assenza nell'anno non comportano obbligo di recupero e all'interno dei limiti descritti nel Regolamento all'art. 15.