

**COMUNICAZIONE DELLO STATO DI GRAVIDANZA
MEDICI SPECIALIZZANDI**

**Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
Direzione Sanitaria
Corso Mazzini, 18
28100 Novara**

La sottoscritta _____

nata a _____ (prov. _____) il _____

residente in Via _____ n. _____ cap. _____

Località _____ (prov. _____) tel. _____

e-mail _____

regolarmente iscritta per l'Anno Accademico _____ al _____ anno della Scuola di
Specializzazione in _____ della Facoltà di Medicina,
Chirurgia e Scienze della Salute.

COMUNICA il proprio stato di gravidanza e la data presunta del parto _____,
allegando il Certificato del ginecologo attestante la data presunta del parto.

E' CONSAPEVOLE che il periodo di formazione specialistica sarà sospeso per gravidanza, ai sensi del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e dell'art. 40, commi 3 e 5 del D.Lgs. 368/99, per il periodo di astensione obbligatoria, ossia a partire da **due mesi** prima del parto fino a **tre mesi** dopo il parto, fermo restando che l'intera sua durata non può essere ridotta a causa della sospensione;

SI RISERVA di formulare istanza di differimento del periodo di astensione obbligatoria all'**VIII mese** (da **un mese** prima del parto fino a **quattro mesi** dopo il parto) e si impegna a produrre, prima dell'inizio della sospensione obbligatoria, la necessaria documentazione, seguendo le procedure indicate nelle Linee Guida;

E' CONSAPEVOLE che, a richiesta, l'astensione per gravidanza, e di conseguenza la sospensione della frequenza alla formazione specialistica, può protrarsi per un periodo superiore a quello previsto come congedo obbligatorio, fermo restando che l'intera durata del corso non può essere ridotta a causa della suddetta sospensione.

(luogo e data)

(firma)

VISTO Il Direttore della Scuola di Specializzazione
