

Allegato 5

**COMUNICAZIONE DI RIPRESA DEL SERVIZIO
DOPO LA SOSPENSIONE PER MATERNITA'
MEDICI SPECIALIZZANDI**

**Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità
Direzione Sanitaria
Corso Mazzini, 18
28100 Novara**

La Dott.ssa _____, regolarmente iscritta per l'Anno Accademico _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____ della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute, avendo effettuato la prevista visita presso il Medico Competente dell'Azienda Ospedaliera e ottenuto la necessaria idoneità, ha ripreso la frequenza alla Scuola di Specializzazione, dopo il periodo di sospensione per maternità, a far data dalla giornata odierna (_____).

Novara, _____

Il Direttore della Scuola di Specializzazione
Prof. _____
(nome cognome in stampatello)

firma _____