



A Magnifico Rettore *p.t.*  
dell'Università degli Studi di Messina  
  
(protocollo@unime.it)

**Oggetto: Comunicazione di sospensione carriera per malattia del/la figlio/a minore di anni 3 superiore a 40 giorni.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,  
iscritta/o al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in  
\_\_\_\_\_.

**COMUNICA**

Di dover sospendere la frequenza dalle attività di formazione specialistica dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ per malattia del/la figlio/a di anni \_\_\_\_\_.

Si allega certificato medico.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Lo/a Specializzando/a \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione si presta il consenso al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per le finalità e con le modalità di cui all'art. 13 D. Lgs. n. 30 giugno 2003, n. 196 e ss. ii. mm..

Per presa visione Il Direttore/Coordinatore della Scuola \_\_\_\_\_



### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, genitore di (cognome  
e nome) \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in riferimento  
all'assenza del \_\_\_\_\_, valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n.  
445, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,  
495 e 496 del codice penale,

#### DICHIARA

che l'altro genitore (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, è lavoratore presso \_\_\_\_\_

O

che l'altro genitore (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, non è lavoratore dipendente ovvero è lavoratore  
autonomo (specificare tipologia) \_\_\_\_\_

e che l'altro genitore:

- non si trova in astensione dal lavoro negli stessi giorni per il medesimo motivo
- ha già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di astensione dal lavoro per malattia del figlio sopra  
indicato, nei seguenti periodi:

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

La/o Specializzanda/o \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione si presta il consenso al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per le finalità e  
con le modalità di cui all'art. 13 D. Lgs. n. 30 giugno 2003, n. 196 e ss. ii. mm..

Per presa visione

Il Direttore/Coordinatore della Scuola \_\_\_\_\_