

**CEFORMED - Centro di Formazione per l'Assistenza Sanitaria**

## **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 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
secondo quanto previsto dal c. 6 dell'art. 24 del D.Lsg. N. 368/1999 e s.m.

Data, \_\_\_\_\_ **Firma del Medico Tirocinante** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZZAZIONE:**

(Timbro e Firma del  
Data, \_\_\_\_\_ - **TUTOR/TRAINER** \_\_\_\_\_

**Modulo da inviare, unitamente al foglio di presenza tirocinio laddove presente, mensilmente via mail all'indirizzo [ceformed@arcs.sanita.fvg.it](mailto:ceformed@arcs.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, nè 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 se all'interno dei limiti descritti nel Regolamento all'art. 15.