

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Il sottoscritto/a _____ c.f. _____ nato/a a _____ ()
 residente a _____ in _____ n° _____
 consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi
 speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 **DICHIARA** che
 nel mese di: _____ ha sostituito nei seguenti giorni :

DATA	GIORNO	MEDICO TITOLARE SOSTITUITO	ORARIO	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Luogo e data, _____

Firma tirocinante/sostituto _____

 Il Coordinatore per le Attività Seminari
 Dr Giuseppe Fucito

 Il Coordinatore per le Attività Pratiche
 Dr. Nicola Danisi

Roma, ____/____/____