

Dichiarazione di attività di Medico di Medicina Generale Tutore

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

Convenzionato/a per la Medicina Generale presso la ASL ___/___,

Distretto _____ °, con codice regionale _____

Accetto di svolgere

nel periodo dal ___/___/___ al ___/___/___

attività medica guidata tutoriale

presso il mio studio, nell'ambito del ___° Corso di Formazione Specifica in
Medicina Generale della Regione Lazio, nei confronti del/della

tirocinante dr. _____

In fede

Data ___/___/_____

n. tel. _____ cell _____

email _____