



## 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 Seminariali  
Dr Giuseppe FucitoIl Coordinatore per le Attività Pratiche  
Dr. Nicola Danisi

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_