

**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
SCHEDA REGISTRAZIONE FREQUENZE ATTIVITA' DIDATTICHE**

- Al Referente Amministrativo della sede organizzativa

Dott./Dott.ssa _____

MESE DI _____

MATTINO		U.O./lezione	POMERIGGIO		U.O./lezione
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		
6			6		
7			7		
8			8		
9			9		
10			10		
11			11		
12			12		
13			13		
14			14		
15			15		
16			16		
17			17		
18			18		
19			19		
20			20		
21			21		
22			22		
23			23		
24			24		
25			25		
26			26		
27			27		
28			28		
29			29		
30			30		
31			31		

Data _____

Firma Corsista: _____ Firma e Timbro Tutor _____