



CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

MODULO DI NOTIFICA DI RITIRO DAL CORSO

**Al Servizio Assistenza Distrettuale,
Medicina Generale, Pianificazione e
Sviluppo dei Servizi sanitari
Regione Emilia Romagna**

**Al referente amministrativo
della sede di assegnazione**

Il/La dr./dr.ssa _____

iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale (anni _____) e assegnato/a
alla sede amministrativa di _____

COMUNICA

di volersi ritirare dal corso per (indicare il motivo del
ritiro) _____

a far data dal _____, corrispondente all'ultima giornata di formazione
frequentata come da programma didattico.

Data _____

Firma _____