

_____ li _____
(luogo) (data)

Al Responsabile U.O.SD Formazione
Azienda USL di Piacenza

Corso di formazione specifica in Medicina Generale - Piacenza

COMUNICAZIONE INIZIO FREQUENZA SEMESTRE DEL MEDICO IN FORMAZIONE ASSEGNATO

Il sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

con la presente comunica che il medico in formazione dr./dr.ssa _____

Ha iniziato a frequentare il tirocinio semestrale in data _____

In fede

(firma e timbro)