



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
POLO DIDATTICO DELLA ROMAGNA

La Dott.ssa/Dott. _____

Iscritta/o al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nel triennio _____

Chiede l'autorizzazione a partecipare all'attività didattica

Che si svolgerà in data _____

Dal titolo _____

Data _____

Il medico in formazione

Il Coordinatore
Attività didattica seminariale
