

Certificato di periodo

A.A. 20...../.....

UNIVERSITA' DI
PROVENIENZA
**DENOMINAZIONE DELL'
AZIENDA/ATENEIO
OSPITANTE**

ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA

.....

Questo modulo, compilato nella prima parte (Parte 1) deve essere inviato via fax alla Scuola entro una settimana dall'inizio delle attività.

Lo stesso modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato entro 30 giorni dalla fine del periodo di formazione.

ATTESTAZIONE

**PRIMA PARTE: DATA DI INIZIO DEL
PERIODO DI FORMAZIONE**

Da far compilare e firmare da un legale rappresentante dell'ente ospitante (e validare con il timbro ufficiale dell'ente)

I, Il/la sottoscritto/a, come legale rappresentante
dell'Azienda/Ateneo.....

.....
.....

[denominazione dell'Ente/Azienda ospitante]

Dichiara che il medico in formazione specialistica [nome] [cognome]

.....

Ha iniziato il suo periodo di formazione presso la nostra Azienda/Ateneo , in data
.../...../..... [gg / mm / aaaa]

Nome:.....Cognome

Data:/...../.....Firma.....

dell'Azienda/Ente

Timbro

**SECONDA PARTE : DATA DI CONCLUSIONE
DEL PERIODO DI FORMAZIONE**

Da far compilare e firmare da un legale rappresentante dell'ente ospitante (e validare con il timbro ufficiale dell'ente) alla fine del periodo di formazione

I, Il/la sottoscritto/a, come legale rappresentante
dell'Azienda/Ateneo.....

.....
.....

[denominazione dell'Azienda/Ateneo ospitante]

Dichiara che il medico in formazione specialistica [nome]
[cognome].....

Ha concluso il suo periodo di formazione presso la nostra Azienda/Ateneo , in data
...../..... [gg / mm / aaaa]

Nome:.....Cognome

Data:

...../...../.....Firma.....

—

Timbro

dell'Azienda/Ente