



Allegato 2 – Certificato di periodo (Italia)

CERTIFICATO DI PERIODO A.A. 20.../

UNIVERSITA' DI PROVENIENZA	:	ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA
DENOMINAZIONE DELL' AZIENDA/ATENEIO OSPITANTE	:

Questo modulo deve essere trasmesso via mail alla segreteria della Scuola entro una settimana dall'inizio delle attività.

ATTESTAZIONE

Da far compilare e firmare dal Direttore U.O. dell'ente ospitante (e validare con il timbro ufficiale dell'ente

Il/la sottoscritto/a, Direttore U.O. 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
<i>Timbro dell'Azienda/Ente</i>