



Allegato 2 – Certificato di periodo (Italia)

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

UNIVERSITA' DI PROVENIENZA	:	ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA
<b>DENOMINAZIONE DELL' AZIENDA/ATENEO OSPITANTE</b>	:	..... ....

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]..... <b>Ha iniziato il suo periodo di formazione presso la nostra Azienda/Ateneo, in data</b> <b>.../.../ ..... [gg / mm / aaaa]</b> Nome: ..... Cognome ..... Data:...../...../..... Firma .....	<i>Timbro dell'Azienda/Ente</i>
--	-------------------------------------