SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Allegato C

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA CHE HANNO CONSEGUITO IL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE

(da trasmettere alla DIREZIONE SANITARIA al termine del percorso formativo)

La/Il sottoscritta/o Prof.ssa/Prof. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Direttore della Scuola di Specializzazione in_____

COMUNICO

che il/i seguente/i medici/i in formazione specialistica ha/hanno conseguito il Diploma di Specializzazione in data _____:

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Dott.ssa/ Dott. _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

Data, _____

_____
(Timbro e Firma)