



SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Alla Segreteria Organizzativa del Polo
didattico-formativo di _____

ATTESTAZIONE RIPRESA DELLA FREQUENZA

La sottoscritta, Dr.ssa _____ frequentante il _____ Corso di Formazione Specifica
in Medicina Generale presso il Polo didattico-formativo di _____,

DICHIARA

di aver ripreso regolarmente la frequenza alla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale il
giorno _____, al termine del periodo di sospensione richiesto per maternità.

Data,

Firma del Medico in Formazione

Firma di un componente
del Team Tutoriale di Classe
