

Spett.le

SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA

IN MEDICINA GENERALE

Via S.Croce, 77 - 38122 Trento (TN)

scuolamedicinagenerale@apss.tn.it

OGGETTO: Conferimento incarico

Spett.le Scuola di medicina,

io sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____

iscritto/a all'Albo dei medici di Trento nr. di iscrizione _____

dichiaro di aver conferito l'incarico per una sostituzione al medico tirocinante dott. / dott.ssa
_____ per il periodo

dal _____ al _____ e per nr. ore _____
settimanali.

Data _____

In fede

(timbro e firma)