



SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Alla Segreteria Organizzativa del Polo  
didattico-formativo di \_\_\_\_\_

**VARIAZIONE RESIDENZA O DOMICILIO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ frequentante il \_\_\_\_\_ Corso di  
formazione specifica in medicina generale presso il Polo didattico-formativo di \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che dal giorno \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) la propria residenza è la seguente:

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RECAPITI TEL. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**INDICA**

i seguenti recapiti per le comunicazioni relative allo svolgimento del corso di iscrizione (*indicare solo se differenti dalla residenza*)

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RECAPITI TEL. \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma del Medico in Formazione

\_\_\_\_\_