



SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Alla Segreteria Organizzativa del Polo
didattico-formativo di _____

**DICHIARAZIONE DI RITIRO DAL CORSO DI FORMAZIONE
SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

Il/La sottoscritto/a _____ frequentante il _____ Corso di formazione
specifica in medicina generale presso il Polo didattico-formativo di _____ dichiara di
ritirarsi dal Corso a partire dal giorno _____ (gg/mm/aa).

NB: La comunicazione di rinuncia deve essere effettuata entro e non oltre il mese in cui cessa il periodo di formazione

Data, _____

Firma del Medico in Formazione

Firma di un componente
del Team Tutoriale di Classe
