Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

CEFORMED - Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie

ASSENZA GIUSTIFICATA

TRIENNIO: 2013-2016

Tirocinante dott.

RICHIEDE N. giorni di **ASSENZA GIUSTIFICATA** nel seguente periodo:

MESE:

giornate

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI GIORNI DI **ASSENZA (max 5 g.g.) - ATTIVITA' CONGRESSUALE AUTORIZZATA** PER L'EVENTO DAL TITOLO:

NELLA SEDE **MESE** **NEI GIORNI:**

Firma del Medico Tirocinante .....

AUTORIZZAZIONE:

Il sottoscritto dott./dott.ssa in qualità di TUTOR/TRAINER

dichiara che il periodo di assenza richiesto dal medico tirocinante non compromette il raggiungimento degli obiettivi didattici del modulo di formazione pratica.

DATA:

(Timbro e Firma del TUTOR/TRAINER) .....

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

CEFORMED - Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie

SOSPENSIONE

TRIENNIO: 2013-2016

Tirocinante dott.

C H I E D E n. settimane di **SOSPENSIONE** nel seguente periodo:

Mese: **dal gg.** **al gg.**

Mese: **dal gg.** **al gg.**

Firma del Medico Tirocinante .....

AUTORIZZAZIONE:

DATA:

(Timbro e Firma del TUTOR/TRAINER) .....