

Ai Coordinatori del corso
Dr.ssa Manuela Cappannini
Dr. Raffaele Bove

Epc UOC Formazione
formazione.medicinagenerale@aslroma2.it

Oggetto: Richiesta assenza giustificata (Art. 5 Determinazione Regione Lazio n. _____)

Il/La sottoscritt _ dr/dr.ssa _____
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai
sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

Chiede di essere autorizzato ad **assentarsi** per motivi personali / di famiglia

- durante il periodo di formazione in _____ dal __/__/____
al __/__/____ , per giorni n° ____

- al seminario che si terrà in data __/__/____

Roma, __/__/____

Firma del tirocinante
