



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Azienda U.S.L.
Al Responsabile M.O. Specialistica
Convenzionata
Distretto di _____
FERRARA

Il/La sottoscritto/a Dr. _____

Specialista ambulatoriale nella branca di _____ chiede di potersi

assentare per partecipare al Corso di Aggiornamento che si terrà a _____

dal _____ al _____

dal titolo _____

nei seguenti giorni _____; _____; _____

Si allega programma del corso , e seguirà l'attestato di partecipazione.

Distinti saluti.

Ferrara, _____

Si autorizza
Il Responsabile M.O.
Specialistica Convenzionata
