(Luogo) ……………., (data) …………………………………..

Il sottoscritto dr ……………………… nato a ………………………… il …………………………………………

Residente a ……………………………………………….

CF ……………………………………..

Email certificata ………………………………………..

avendo frequentato nel biennio (o triennio) ……………… il corso di formazione in Medicina generale ed avendo conseguito l' attestato di formazione nell’anno ……………….

richiede la certificazione di frequenza al corso di formazione in medicina generale nel sopracitato biennio (o triennio) e la certificazione dell' attestato di formazione.

Distinti saluti

Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

Inviare la richiesta con **posta certificata** a [polis.lombardia@pec.regione.lombardia.it](mailto:polis.lombardia@pec.regione.lombardia.it)