

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI
CORSI DI RICERCA IN MEDICINA GENERALE
PER MEDICI IN FORMAZIONE SPECIFICA**

Spett. FIMMG

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
..... provincia di e
residente in provincia di
via/piazza n. c.a.p. telefono/.....,
cellulare, indirizzo e-mail....., codice fiscale.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Corso Residenziale di Ricerca in Medicina Generale

Recapito presso il quale si desidera ricevere eventuali comunicazioni relative ai corsi (indicare solo se diverso dalla residenza):

presso via
n..... cap comune provincia di tel/.....

Ai fini della propria ammissione ai succitati corsi

DICHIARA

- a) di essere iscritto al ... anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con sede in
- b) di accettare tutte le condizioni organizzative che mi verranno indicate
- c) di essere disponibile a frequentare la Scuola di Ricerca e ad essere inserito nel "Gruppo Sperimentatori Ricerca Clinica F.I.M.M.G."
- d) di accettare le condizioni di riservatezza

Allega Certificazione attestante la partecipazione al Corso di Formazione Specifica firmata dal Coordinatore dell'area didattica.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003, il trattamento dei dati forniti ai fini dell'espletamento delle procedure inerenti alla presente dichiarazione.

Data.....

FIRMA

.....