



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI FISIOPATOLOGIA MEDICO-CHIRURGICA E DEI TRAPIANTI

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Il sottoscritto .....

comunica che dal ..... al ..... sarà assente per:

FERIE

CONGRESSO:

titolo del congresso .....

.....

sede del congresso .....

(vedi programma del CONGRESSO allegato)

Mi impegno a consegnare al rientro relativo "attestato di partecipazione"

RECUPERO

=====

sarò sostituito in tale periodo dal Dott. .... che controfirma

.....

=====

FIRMA DEL MEDICO IN SPECIALITÀ .....

FIRMA DEL TUTORE: .....

cognome e nome (in stampatello)

VISTO, SI APPROVA

IL DIRETTORE

Prof. Dario Conte

Direttore: Prof. Dario Conte  
U.O. di Gastroenterologia 2  
Clinica Mangiagalli - Via della Commenda, 12  
20122 MILANO  
Tel. +39 02 50320397 - Fax +39 02 50320403  
E-mail: [dario.conte@unimi.it](mailto:dario.conte@unimi.it)

SEGRETERIA DIDATTICA  
Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti  
Università degli Studi di Milano  
Via Francesco Sforza, 35 - 20122 MILANO  
TEL 02 503.20382 - FAX 02 503.20384  
E-MAIL [specialita.gastro@unimi.it](mailto:specialita.gastro@unimi.it)