**Conferma dell'attività di pratica con prescrizione di laboratorio durante il 2015 e il 2016**

Da riempire da parte del vostro datore di lavoro o, nel caso di studi di gruppo, dal vostro partner di studio.

Confermo che

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome del richiedente del attestazione pratica di laboratorio nello studio medico secondo la regolamentazione transitoria |  |
| Nel periodoDa:Fino a: |  |

**ha lavorato nel nostro studio e ha prescritto servizi di laboratorio nel nostro laboratorio durante questo periodo.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome del datore di lavoro(nel caso di studi di gruppo, cognome e nome del partner dello studio) |  |
| Sutdio medico |  |
| Luogo, data |  |
| firma |  |

**Collegio di Medicina di Base -CMB**

Ruede l’Hôpital 15, Postfach 592, 1701 Freiburg | Tel. 031 370 06 70 | email: khm@hin.ch