Università degli studi
del Molise
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SCIENZE
DELLA SALUTE

Attestazione delle presenze del tirocinio

TIROCINIO PRESSO LA UO DI _____

Tirocinante: _____

Tutor di tirocinio: dr. _____

Responsabile della UOC: dr. _____

Attestazione della presenza del tirocinante

data	orario	firma del tirocinante	firma del tutor