

PNRR M6CU - CUP C64C210000000001

**CERTIFICAZIONE SUPERVISORE
PROGETTO SPERIMENTALE**
approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 744 del 29/4/22

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa: _____

CERTIFICO

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

Presso l'U.O. di: _____ dell'Ospedale di _____

Per un totale di _____ ore;

La **valutazione complessiva** è stata: **POSITIVA** **NEGATIVA**

Il medico tutor Supervisore <hr/> <i>(Timbro e firma)</i>	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante <hr/> <i>(firma)</i>
--	---

Data

Consegnato il.....

La segreteria.....

Il tirocinante.....