



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIRESA E RESILIENZA

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Scuola MGTN

Asuit
Asocia



scuolamgt
formazione specifica
in medicina generale Trento

PNRR M6C2 - CUP C64C22001310001

CERTIFICAZIONE DELLA FREQUENZA PRESSO IL TUTOR MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Io sottoscritto tutor medico di medicina generale _____

CERTIFICO CHE

Il tirocinante dott. _____
ha frequentato presso il proprio studio di medicina generale, affiancandolo anche nelle attività extra ambulatoriali correlate al lavoro di medico di medicina generale nel periodo:

_____ / _____

	Settimana dal/al	Ore
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

	Settimana dal/al	Ore
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Per un totale di _____ settimane di frequenza;
ogni settimana ha avuto una frequenza di 24 ore e di 6 ore in settimana di autoapprendimento, studio e approfondimento guidati autocertificate.

La **valutazione complessiva** del tirocinio è stata:

POSITIVA

NEGATIVA

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

Data

Consegnato il.....	Il tirocinante.....
La segreteria.....	