PNRR M6CU - CUP C64C21000000001

CERTIFICAZIONE DELLA FREQUENZA PRESSO IL TUTOR DI PLS (pediatra di libera scelta)

Io sottoscritto tutor di pls_____

CERTIFICO CHE

Il tirocinante dott. _____

ha frequentato presso il proprio studio di pediatria, affiancandolo anche nelle attività extra ambulatoriali correlate al lavoro di pls 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 pls	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante
(Timbro e firma)	*(firma)*

Data .....

Consegnato il.....

La segreteria..... Il tirocinante.....