

**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 _____ <i>(Timbro e firma)</i>	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante _____ <i>(firma)</i>
--	--

Data

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