

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;

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

POSITIVA ☐

NEGATIVA ☐

Il medico di pls _____ (Timbro e firma)	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante _____ (firma)
---	---

Data

Consegnato il.....

La segreteria.....

Il tirocinante.....