

Io sottoscritto Supervisore di Medicina Generale \_\_\_\_\_

CERTIFICO

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

Per un totale di \_\_\_\_\_ mesi;

**La valutazione complessiva è stata:**

POSITIVA 

NEGATIVA ☐

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

Data .....

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