

**CERTIFICAZIONE SUPERVISORE
PROGETTO Sperimentale**

approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 744 del 29/4/22

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
(Timbro e firma)	Il tirocinante <hr/> (firma)

Data

Consegnato il.....

La segreteria.....

Il tirocinante.....