

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa: _____

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

Presso l'U.O. di: _____ dell'Ospedale di _____

Per un totale di _____ ore;

La valutazione complessiva è stata:

POSITIVA \square NEGATIVA ☐

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

Data

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