PNRR M6C2 - CUP C64C23000180009

CERTIFICAZIONE SUPERVISORE
PROGETTO SPERIMENTALE
approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 744 del 29/4/22

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

CERTIFICO

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 ❑ NEGATIVA ❑

Il medico tutor Supervisore _____ *(Timbro e firma)*	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante _____ *(firma)*

Data .....

Consegnato il.....

La segreteria..... Il tirocinante.....