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

Data .....

Consegnato il.....

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