

Da compilarsi a cura della STRUTTURA presso cui si è svolto il tirocinio

VALUTAZIONE FINALE DEL TIROCINIO

DIPARTIMENTO/STRUTTURA _____

Indirizzo _____ tel. _____

Si **DICHIARA** che :

Il/La Sig. _____ nat_ a _____

il ___/___/___ autorizzato con nota prot. n. _____ del _____

ha svolto attività di tirocinio presso la Struttura/Presidio Ospedaliero

dal _____ al _____ (riportare le date dell'effettivo svolgimento del tirocinio)

riportando il giudizio complessivo _____

con la seguente motivazione:

Genova, _____

Il Referente Tecnico (Tutor)
(Timbro e Firma)

Il Direttore della Struttura
(Timbro e Firma)

VALUTAZIONE FINALE DEL TIROCINIO

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

autorizzato con nota prot. n. _____ del _____

a svolgere attività di tirocinio dal _____ al _____

presso la Struttura/Presidio Ospedaliero

esprime

il seguente giudizio sulla attività didattica di tirocinio con la motivazione:

Genova, li _____

FIRMA
