Università degli Studi di Cagliari
Facoltà di Medicina e Chirurgia
****

CORSO DI LAUREA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Foglio Firme Tirocinio in Struttura

Modulo da compilarsi a cura dello studente ogni qualvolta svolga attività di tirocinio e controfirmato alla fine di ogni pagina dal Referente/tutor di Struttura e da trasmettere direttamente (o tramite lo studente in busta chiusa) al Coordinatore Generale di Tirocinio. Stampare quante pagine necessarie e numerarle consequenzialmente.

Studente _____ Anno di corso _____ Sem _____

STRUTTURA _____

Referente di struttura _____ Tutor di struttura _____

Ora Ingresso	Ora Uscita	n. ore	Attività svolta	Firma Studente
TOTALE ORE		_____		

Data _____ **Firma del Referente/Tutor di struttura** _____

PAGINA ____

Studente_____ Anno di corso_____

STRUTTURA_____

Referente di struttura _____Tutor di struttura_____

Ora Ingresso	**Ora Uscita**	**n. ore**	**Attività svolta**	**Firma Studente**
TOTALE ORE		_____		

Data **Firma del Referente/Tutor di struttura**

_____ _____