



Facoltà di Medicina e Chirurgia
Classe delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione
Coordinatrice Prof.ssa Roberta Montisci

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI
SANITARIE**

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 _____ Matricola _____ Anno di corso _____ Sem _____
STRUTTURA _____
Referente di struttura _____ Tutor di struttura _____
Tel. tutor _____ E-mail tutor _____

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

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

Pagina n. _____