

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	Scheda rilevazione presenze Tirocinio Formativo	Data ____-____-____
		Allegato-6 Rev. nn Pag. 1/1
DSM-DP		

Cognome.....Nome.....

Tirocinio formativo presso.....

MESE

Giornate di presenza

Indicare con una X le giornate di presenza			
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	

Giorni di presenza previsti nel mese.....

Giorni di presenza effettiva nel mese.....

Firma del tirocinante.....

Firma del Responsabile del Progetto (Azienda ospitante).....

Per _____ presa _____ visione _____ il _____ tutore _____ Responsabile _____ (soggetto promotore).....