ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

REGIONE CAMPANIA

RILEVAZIONE PRESENZE – TUTOR MG

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

_____ _____

COGNOME **NOME**

Medico di Medicina Generale, Codice Regionale _____, in qualità di "Tutor MG" del C.F.S.M.G.

del dr._____ medico in formazione del triennio_____

COGNOME e NOME

assegnatomi per la frequenza della fase formativa previsto nel "programma didattico" al _____ anno di corso, nel

seguente intervallo temporale **:** **dal** | | | | | | | | | **al** | | | | | | | |

Dichiara,

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni, a valere delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n°445 e s.m., :

che il corsista nel mese di _____ 202___ ha frequentato il periodo formativo, rilevando i seguenti orari :

DATA	ATTIVITA' DIDATTICA PRATICA (ADP)				STUDIO GUIDATO INTEGRATO (SGI)			
	ORA IN	Firma	ORA OUT	Firma	ORA IN	Firma	ORA OUT	Firma

Per un totale di ore _____ di A.D.P. (Attività Didattica Pratica) ed un totale di ore_____ di S.G.I. (Studio Guidato Integrato)

Data _____ **Timbro e Firma del Tutor di MG** _____