

RILEVAZIONE PRESENZE - TUTOR OSPEDALIERO

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

_____ Cognome _____ Nome _____

Dirigente Medico ASL Salerno , UO _____ P O _____,

in qualità di “Tutor Ospedaliero ” del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

del dr. _____ triennio _____ / _____
Cognome e Nome

assegnatomi per la frequenza della fase formativa _____

Periodo 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 Ospedaliero _____