ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

REGIONE CAMPANIA

RILEVAZIONE ORE S.G.I. - TUTOR OSPEDALIERO

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

_____ _____
COGNOME NOME

Dirigente Medico della A.S.L. _____ , in servizio presso la U.O. _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ ,

in qualità di "Tutor Ospedaliero " del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Fase formativa _____

periodo dal ____/____/_____ al ____/____/_____

per la classe composta da medici in formazione del triennio _____ _____, tra i quali:

1) dr_____ ; 2) dr._____ ;
COGNOME, NOME e MATRICOLA COGNOME, NOME e MATRICOLA

3) dr._____ ; 4) dr. _____ ;
COGNOME, NOME e MATRICOLA COGNOME, NOME e MATRICOLA

5) dr._____ ; 6) dr._____ ;
COGNOME, NOME e MATRICOLA COGNOME, NOME e MATRICOLA

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 :

i corsisti innanzi indicati -sotto la guida e supervisione del sottoscritto- **nel MESE di _____ 202_** hanno partecipato allo **Studio Guidato Integrato** all'Attività Pratica, rilevando i seguenti orari :

DATA	ORA IN	ORA OUT	FIRMA DEL TUTOR

Per un totale di ore _____ di S.G.I.

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