

RILEVAZIONE ORE S.G.I. - TUTOR TERRITORIALE

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

_____ COGNOME _____ NOME _____

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

DISTRETTO _____ ,

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

Fase formativa STRUTTURE DI BASE E TERRITORIALI

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 _____