

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL’AQUILA

**Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche - Area Medica**

 LIBRETTO DI TIROCINIO

#  TIROCINIO LAUREA MAGISTRALE

**ڤ Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie**

# Coordinatrice Dott.ssa Bianchi Fabiana

**TIROCINANTE**

cognome e nome in stampatello

**MATRICOLA n**.

Ente …………………………………………………………………………

Struttura …………………………………………………………………….

Tutor ………………………………………………………………………...

cognome e nome in stampatello

Ente …………………………………………………………………………

Struttura …………………………………………………………………….

Tutor ………………………………………………………………………...

cognome e nome in stampatello

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Ore totali della giornata** | **Attività** | **Firma del Tutor** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Ore totali della giornata** | **Attività** | **Firma del Tutor** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tirocinante**

**Tirocinante**

cognome e nome in stampatello firma del Tirocinante

**Responsabile della struttura**

cognome e nome in stampatello firma del Responsabile della Struttura

**Timbro della Struttura**

cognome e nome in stampatello firma del Tirocinante

**Responsabile della struttura**

cognome e nome in stampatello firma del Responsabile della Struttura

**Timbro della Struttura**

DA COMPILARE A CURA DEL TUTOR

Oggetto: ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA’ DI TIROCINIO

IO SOTTOSCRITTO/A ………………………………………………………..NATO/A A ……………………

……………………………………… PROVINCIA …………………………….. IL ……………………………

IN QUALITA’ DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………… MATRICOLA ....................................... HA SVOLTO L’ATTIVITA’ DI TIROCINIO PREVISTA, PRESSO:

……………………………………………………………………………………………………………………….. DAL ………….......................... AL …………..…………….. PER UN TOTALE DI ORE N. …………………

Addì

Firma del Tutor

e timbro della Struttura

Oggetto: ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA’ DI TIROCINIO

*(da compilare in caso di un ulteriore periodo di tirocinio svolto con altro Tutor)*

IO SOTTOSCRITTO/A ……………………………………………………..NATO/A A ………………………

……………………………………… PROVINCIA …………………………….. IL ……………………………

IN QUALITA’ DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………… MATRICOLA ....................................... HA SVOLTO L’ATTIVITA’ DI TIROCINIO PREVISTA, PRESSO:

……………………………………………………………………………………………………………………….. DAL ………….......................... AL …………..…………….. PER UN TOTALE DI ORE N. …………………

Addì

Firma del Tutor

e timbro della Struttura