

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

CEFORMED - Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie



**PRESENZA TIROCINIO**

TRIENNIO:

Il Trainer / Tutor dott.

dichiara che il Tirocinante dott.

ha frequentato il Reparto/Servizio

appartenente al modulo

sett. di frequenza

	SETTIMANA DAL-AL		assenze gg.	FIRMA TUTOR/TRAINER
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

**OGNI SETTIMANA VALE 23 ORE**

**Per le settimane di SOSPENSIONE indicare al posto della firma la dicitura SOSPENSIONE**

Data \_\_\_\_\_

Il Tutor/Trainer (timbro e firma)

Il Tirocinante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_