



## CEFORMED

Centro di Formazione per l'Assistenza Sanitaria

**PRESENZA TIROCINIO**

TRIENNIO:

Il Trainer / Tutor dott.

dichiara che il Tirocinante dott.

ha frequentato il Reparto/Servizio

appartenente al sottomodulo

sett. di  
frequenza

	SETTIMANA DAL-AL		Ore effettuate (presenza fisica)	Giorni di assenza	FIRMA TUTOR/TRAINER
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
					Data:

**La frequenza settimanale è di almeno 23 ore effettive + 2 ore di autoapprendimento**

VERIFICATO AUTOAPPRENDIMENTO

SI

FIRMA - Medico Tirocinante:

FIRMA e TIMBRO - Tutor/Trainer: