

MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL TUTOR / GUIDA DI TIROCINIO

ANNO _____

Io sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il _____ in servizio presso

la Struttura _____
 (compilare tutti i campi in stampatello)

DICHIARO

sotto la mia responsabilità di aver effettuato la seguente attività di Tutor/Guida di tirocinio:

Corso di Laurea delle professioni sanitarie in _____
 (specificare il titolo del cdi)

PERIODO (indicare il totale dei giorni per ogni periodo di effettivo affiancamento)	NOME COGNOME TIROCINANTE (in stampatello)
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dai _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dai _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	
dal _____ al _____ per effettivi _____ giorni	

Tutor di tirocinio

Data _____

 (timbro e firma leggibile)

Coordinatore sanitario di Struttura

 (timbro e firma leggibile)

Visto il Coordinatore AFP del CDL

 (timbro e firma leggibile)