SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

FORM Mo. IOs 04/01 Rev. 05

MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL TUTOR / GUIDA DI TIROCINIO

ANNO_____

Io sottoscritta/o _____

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 cdl)

PERIODO (indicare il totale delle ore per ogni periodo di effettivo affiancamento)	**NOME COGNOME TIROCINANTE (in stampatello)**
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	
dal_____al_____ per effettive _____ore	

Tutor/Guida 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)