

**19° Corso di Formazione Specifica  
in Medicina Generale**

**Regione Lazio**

Triennio 2018-2021



**ATTIVITA' TIROCINIO PRATICO SVOLTE FUORI DALLE SEDI DELLA ASL ROMA 2  
Formazione Specifica Medicina Generale.**

Il sottoscritto (Medico Tutore) dr. \_\_\_\_\_ attesta che il / la - Dr /  
Dr.ssa \_\_\_\_\_ - Tirocinante del Corso di Formazione Specifica  
in Medicina Generale triennio 2018-2021 - ha effettuato attività pratica come segue nel mese di  
\_\_\_\_\_, presso la struttura / sede \_\_\_\_\_

Giorno	Cognome e Nome (stampatello)	Ora	Firma entrata	Ora	Firma uscita
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il Tutore

dr. / dr.ssa \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma)

Il medico Tirocinante

\_\_\_\_\_