

**20° Corso di Formazione Specifica
in Medicina Generale**

Regione Lazio

Triennio 2019-2022



**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 2019-2022 - 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
