

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE-FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

AA _____/_____ STUDENTE _____

ANNO DI CORSO _____ MESE _____

COGNOME NOME GUIDA /GUIDE DI TIROCINIO _____

FIRMA REF. DI SEDE _____

TIMBRO SEDE DI ATTIVITA'

LEGENDA:: A.P.:ASSENZA PROGRAMMATA; R.A.: RECUPERO ASSENZA

MATTINO SI PREGA DI APPORRE L'ORARIO PRECISO	ORARIO ENTRATA/USCITA	POMERIGGIO SI PREGA DI APPORRE L'ORARIO PRECISO	ORARIO ENTRATA/USCITA
1 E _____ U _____		1 E _____ U _____	
2 E _____ U _____		2 E _____ U _____	
3 E _____ U _____		3 E _____ U _____	
4 E _____ U _____		4 E _____ U _____	
5 E _____ U _____		5 E _____ U _____	
6 E _____ U _____		6 E _____ U _____	
7 E _____ U _____		7 E _____ U _____	
8 E _____ U _____		8 E _____ U _____	
9 E _____ U _____		9 E _____ U _____	
10 E _____ U _____		10 E _____ U _____	
11 E _____ U _____		11 E _____ U _____	
12 E _____ U _____		12 E _____ U _____	
13 E _____ U _____		13 E _____ U _____	
14 E _____ U _____		14 E _____ U _____	
15 E _____ U _____		15 E _____ U _____	
16 E _____ U _____		16 E _____ U _____	

17	E	17	E
	U		U
18	E	18	E
	U		U
19	E	19	E
	U		U
20	E	20	E
	U		U
21	E	21	E
	U		U
22	E	22	E
	U		U
23	E	23	E
	U		U
24	E	24	E
	U		U
25	E	25	E
	U		U
26	E	26	E
	U		U
27	E	27	E
	U		U
28	E	28	E
	U		U
29	E	29	E
	U		U
30	E	30	E
	U		U
31	E	31	E
	U		U

A CURA DELLA GUIDA DI TIROCINIO

TOTALE GIORNI DI ASSENZA **GIUSTIFICATI** (CONVEGNI, SEMINARI, LEZIONI OCCASIONALI IN FACOLTA, ESAMI) N.

INGIUSTIFICATI (TUTTI GLI ALTRI GG DI ASSENZA N.

GIORNI RECUPERATI N.

OSSERVAZIONI

TIMBRO SEDE ATTIVITA'

FIRMA REF.DI SEDE

FIRMA GUIDA/GUIDE DI TIROCINIO CHE HANNO SEGUITO LOSTUDENTE

I GIORNI DI RECUPERO SI EFFETTUANO NELLA STESSA SEDE IN CUI SI SONO VERIFICATE LE ASSENZE

PROSPETTO GIORNATE DI RECUPERO

DATA RECUPERO	ORARIO IN ENTRATA E IN USCITA	FIRMA STUDENTE
	E _____ U _____	

OSSERVAZIONI

TIMBRO SEDE DI ATTIVITA'

FIRMA REF.DI SEDE

FIRMA GUIDA/GUIDE CHE HANNO SEGUIDO LO STUDENTE

.....

.....