



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica – Sede di Fermo
Direttore ADP Dr.ssa Stefania Liberati
Numero Tel. 0734 254024



Anno Accademico: _____

COGNOME E NOME TIROCINANTE _____

Anno di Corso: _____

SEDE: _____ Dipartimento: _____

Periodo: _____

Unità Operativa: _____

Guida di Tirocinio: _____

TOTALE ORE
EFFETTUATE



FIRMA TUTOR

Tutor: Dott.ssa Simona Tufoni, Dr Fabio Sarzana,
Tel. 0734 254025

Data	Ora Entrata	Ora Uscita	Firma Studente	Firma Guida di Tirocinio o suo delegato (nome in stampatello e poi firma)	Altro	Totale ore	Firma Tutor
lun							
mar							
mer							
gio							
ven							
sab							
dom							
lun							
mar							
mer							
gio							
ven							
sab							
dom							

Data	Ora Entrata	Ora Uscita	Firma Studente	Firma Guida di Tirocinio o suo delegato (nome in stampatello e poi firma)	Altro	Totale ore	Firma Tutor
lun							
mar							
merc							
giovedì							
ven							
sab							
dom							
lun							
mar							
mer							
giovedì							
ven							
sab							
dom							
lun							
mar							
mer							
giovedì							
ven							
sab							
dom							
lun							
mar							
mer							
giovedì							
ven							
sab							
dom							

N.B. La firma di presenza dello studente e la relativa convalida della guida di tirocinio va apposta giornalmente
L'assenza è registrata dalla guida di tirocinio o dal tutore.

Timbro e firma della guida di tirocinio

Data _____