 Università Politecnica delle Marche

 Facoltà di Medicina e Chirurgia

 Corso di Laurea in Logopedia

 Sede di Ancona

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a il

iscritto/a al\_\_ anno del corso di Laurea in Logopedia, polo didattico di Ancona, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

quanto segue:

il giorno alle ore presso *(indicare la sede e breve relazione dinamica accaduto)*

Si dichiara che l’incidente sopra descritto, è avvenuto durante l’espletamento del

* Tirocinio clinico
* Laboratori preclinici
* Didattica
* In itinere

Si allega: Referto Pronto Soccorso

 Certificazione Inail

 Altro (Specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede Lo/la Studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 La Guida di tirocinio/Il Tutore/Il Docente (cancellare la voce che non interessa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricevuta il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricevuta il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Direttore ADP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente Prof.ssa Simona Luzzi

Direttore ADP: dott.ssa Patrizia Lopez email: p.lopez@staff.univpm.it tel.0712206093

Tutor: Dott.ssa Mariarosaria D’Antuono email m.dantuono@pm.univpm.it Dott.ssa Federica Lucia Galli email f.fl.galli@staff.univpm.it