



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
iscritto/a al corso di laurea in _____ anno

dichiara sotto la sua responsabilità, quanto segue:

il giorno alle ore presso.....

(indicare la sede e breve relazione dinamica accaduto)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara che l'incidente sopra descritto, è avvenuto durante l'espletamento del:

tirocinio clinico laboratori pre-clinici didattica

Lo/La studente/essa accetta non accetta la visita al Pronto

Soccorso

Data.....

In fede, Lo/la Studente/ssa

La Guida di Tirocinio/Il Tutor/Il Docente
(cancellare la voce che non interessa)

.....

.....

Ricevuta il

Il Tutor

Il Direttore ADP