



UNIVERSITÀ 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 .....