

Io Sottoscritto Prof./Dott. _____

in qualità di DIRETTORE/TUTOR/ della Struttura Operativa/Unità Operativa di

dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona /ASUR Marche
Presidio Ospedaliero di / AO Ospedali Riuniti Marche Nord / INRCA confermo che lo
studente _____ Matricola _____

iscritto al _____ del corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in
Medicina e Chirurgia, ha frequentato nelle date _____

questo reparto ottenendo la frequenza secondo programma predisposto dalla
Facoltà di Medicina e Chirurgia per la seguente skill

dimostrando il raggiungimento degli obiettivi previsti e conseguendo il giudizio di

☐ IDONEO

☐ NON IDONEO

con la seguente valutazione:

FIRMA E TIMBRO
