

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 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 con la seguente valutazione :

FIRMA E TIMBRO
