Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" - Chieti – Pescara
SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE
Corso di Studio in Infermieristica
Presidente: Prof. Giancarlo Cicolini
Via dei Vestini 31, 66013 Chieti

- ALLEGATO 1 -

TIROCINIO STUDENTI DEL POLO FORMATIVO DI **PESCARA**

Studente**:** _____– ANNO di CORSO _____ SEZ. _____
Mese: _____Anno_____ Servizio/U.O._____

Data	Ora	FIRMA INGRESSO	Ora	FIRMA USCITA	TOT ore	FIRMA Tutor (leggibile)

Firma – timbro Coordinatore infermieristico

_____