



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 2 -

DATA	FIRMA STUDENTE	SERVIZIO/U.O.	ORA ENTRATA	ORA USCITA	FIRMA Infermiere turnista

Il/La sottoscritto/a _____

Coordinatore Inf.co dell’U.O. _____

ATTESTA

Che lo studente _____, anno di corso _____

Ha svolto regolarmente il tirocinio nella/e data/e indicata/e

Il Coordinatore Inf.co (timbro e firma)
