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 ATTESTAZIONE TIROCINIO

DATA	FIRMA STUDENTE	U.O./SERVIZIO	ENTRATA	USCITA	FIRMA TUTOR CLINICO

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)

_____