

MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL TUTOR / GUIDA DI TIROCINIO

ANNO _____

Io sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il _____ in servizio presso

la Struttura _____
(compilare tutti i campi in stampatello)

DICHIARO

sotto la mia responsabilità di aver effettuato la seguente attività di Tutor/Guida di tirocinio:

☐ Corso di Laurea delle professioni sanitarie in _____
(specificare il titolo del cdI)

PERIODO (indicare il totale delle ore per ogni periodo di effettivo affiancamento)	NOME COGNOME TIROCINANTE (in stampatello)
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	
dal _____ al _____ per effettive _____ ore	

Tutor/Guida di tirocinio

Data _____

(firma leggibile)

Coordinatore Sanitario di Unità
Operativa/Servizio

(timbro e firma leggibile)

Visto il Direttore della Didattica Professionale del CdS

(timbro e firma leggibile)