



**CdL INFERMIERISTICA - POLO Didattico** \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_

- Visto il Regolamento Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica;
- Visti gli elenchi dei Tutor ratificati dal Consiglio della Scuola di Medicina;

Si certifica che

Il dott. \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_),

nominato Tutor per le attività di tirocinio formativo e professionalizzante curriculare per l'A.A.

\_\_\_\_\_ ha svolto, all'interno dei compiti istituzionali, tale attività presso la propria struttura di

appartenenza \_\_\_\_\_ in favore dei seguenti Tirocinanti:

N.	COGNOME E NOME	MATRICOLA	DAL – AL	N. ORE

**Il presente certificato si rilascia ai sensi e per le finalità dell' Art. 15 L. 183/2011.**

**Il Direttore delle Attività Didattiche**

**Dott. /Dott. ssa** \_\_\_\_\_