



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 _____