



**CdL OSTETRICIA**

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

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

- Visto il Regolamento Didattico del Corso di Laurea in Ostetricia;
- 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:

<b>N.</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>MATRICOLA</b>	<b>DAL – AL</b>	<b>N. ORE</b>

**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 \_\_\_\_\_**