

Struttura di tirocinio

Anno: _____

Mese: _____

Medico in formazione specialistica dr. _____

Giorno	Ora entrata	Firma	Ora uscita	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Il Direttore della Struttura
(*timbro e firma*)