



Tirocinio obbligatorio 3° anno – Area Medica – a.a. 2022/23

Matr _____ **Cognome** _____ **Nome** _____

Periodo di frequenza _____ **Reparto** _____

Tutor: Prof./Dr. _____

FREQUENZA

Data	Orario ingresso	Orario uscita	Firma del Tutor



Tirocinio obbligatorio 3° anno – Area Chirurgica– a.a. 2022/23

Matr _____ Cognome _____ Nome _____

Periodo di frequenza _____ Reparto _____

Tutor: Prof./Dr. _____

FREQUENZA

Data	Orario ingresso	Orario uscita	Firma del Tutor
