



**Tirocinio obbligatorio 4° anno – Area Medica – a.a. 2022/23**

Matr \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Periodo di frequenza \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Tutor: Prof./Dr. \_\_\_\_\_

**FREQUENZA**

| <b>Data</b> | <b>Orario ingresso</b> | <b>Orario uscita</b> | <b>Firma del Tutor</b> |
|-------------|------------------------|----------------------|------------------------|
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**Tirocinio obbligatorio 4° anno – Area Chirurgica – a.a. 2022/23**

Matr \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Periodo di frequenza \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

**Tutor:** Prof./Dr. \_\_\_\_\_

**FREQUENZA**

| <b>Data</b> | <b>Orario ingresso</b> | <b>Orario uscita</b> | <b>Firma del Tutor</b> |
|-------------|------------------------|----------------------|------------------------|
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |
|             |                        |                      |                        |