

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>U.O. Sviluppo Organizzativo Formazione Valutazione</p>	<p>Attestato di frequenza al tirocinio pratico formativo per Psicologi</p>	<p>Rev. 01 del 3/08/2017</p> <p>MR P06_01</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

Si attesta che

Il/la dott./dott.ssa _____

nato/a il: _____ a: _____

ha svolto l'attività di tirocinio pratico formativo per Psicologi
presso
l'*Azienda USL della Romagna*

Dipartimento: _____

Servizio/Unità Operativa: _____

nel seguente periodo

dal _____ al _____ per un totale di _____ ore

Data,/...../.....

Firma del Tutor

**Responsabile UO Sviluppo Organizzativo
Formazione Valutazione**
(Firma a stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.Leg. n.39/1993)

Ai sensi dell'Art. 15, della L. 183/2011, il presente atto non può essere prodotto agli organi della Pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici esercizi