

Al referente amministrativo della sede organizzativa di Cesena

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE:

Triennio _____

Foglio registrazione presenze

Tirocinante: _____

Mese: _____

Tutor MMG: _____

Anno: _____

Giorno/ settimana	Giorno/ mese	E	U	E	U	Tot. ore	Firma Corsista
	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						

Totale ore nel mese:

LUOGO

FIRMA TIROCINANTE

DATA

TIMBRO E FIRMA TUTOR
