Università degli Studi di Torino
Scuola di Medicina
Polo San Luigi Gonzaga
Corso di Studio Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Presidente Prof. Luca OSTACOLI

FOGLIO FIRME

NOME E COGNOME: _____

PERIODO TIROCINIO: _____

SEDE DI TIROCINIO: _____

GUIDA DI TIROCINIO: _____

DATA	ORA ENTRATA	ORA USCITA	TOT ORE GIORNALIERE	FIRMA REFERENTE
TOTALE ORE EFFETTUATE:				**TOTALE ORE PREVISTE PER QUESTA FINESTRA:**

DATA	ORA ENTRATA	ORA USCITA	TOT ORE GIORNALIERE	FIRMA REFERENTE
TOTALE ORE EFFETTUATE:				**TOTALE ORE PREVISTE PER QUESTA FINESTRA:**