

Al Referente amministrativo della sede organizzativa di _____

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE Triennio _____

Foglio registrazione presenze MMG per il semestre n° _____
 (specificare I°, II° semestre o recupero)

Tirocinante: _____

Mese: _____

Tutor MMG: _____

Anno: _____

Giorno	E	U	E	U	E	U	Tot. ore	Visto Tutor
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
