



Università degli Studi di Cagliari
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Fisioterapia
Foglio Firme Tirocinio in Struttura

Modulo da compilarsi a cura dello studente ogni qualvolta svolga attività di tirocinio e controfirmato alla fine di ogni pagina dal Referente/tutor di Struttura e da trasmettere direttamente (o tramite lo studente in busta chiusa) al Coordinatore Generale di Tirocinio. Stampare quante pagine necessarie e numerarle consequenzialmente.

Studente _____ Anno di corso _____

STRUTTURA _____

Referente di struttura _____ Tutor di struttura _____

Ora Ingresso	Ora Uscita	n. ore	Attività svolta	Firma Studente
TOTALE ORE		_____		

Data

Firma del Referente/Tutor di struttura

Studente _____ Anno di corso _____

STRUTTURA _____

Referente di struttura _____ Tutor di struttura _____

Ora Ingresso	Ora Uscita	n. ore	Attività svolta	Firma Studente
TOTALE ORE	ORE	_____		

Data _____

Firma del Referente/Tutor di struttura _____