



**CERTIFICAZIONE SUPERVISORE  
PROGETTO SPERIMENTALE**  
*approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 744 del 29/4/22*

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa: \_\_\_\_\_

CERTIFICO

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

---

Presso l'UO di: \_\_\_\_\_ dell'ospedale di \_\_\_\_\_

Per un totale di \_\_\_\_\_ ore;

La **valutazione complessiva** è stata:

POSITIVA

NEGATIVA

<p>Il medico di medicina Supervisore</p> <hr/> <p>(Timbro e firma)</p>	<p>Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato</p> <p>Il tirocinante</p> <hr/> <p>(firma)</p>
--	---

Data .....

<p>Consegnato il.....</p> <p>La segreteria..... Il tirocinante.....</p>	
---	--