

**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'U.O. di: \_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_

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

La **valutazione complessiva** è stata:

POSITIVA

NEGATIVA

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

Data .....

Consegnato il.....	
La segreteria.....	Il tirocinante.....