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

Io sottoscritto Supervisore di Medicina Generale_____

CERTIFICO

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

_____

dal mese di_____al mese di _____

Per un totale di _____mesi;

La **valutazione complessiva** è stata: POSITIVA ❑ NEGATIVA ❑

| | |
|---|---|
| Il medico di medicina generale Supervisore<br><br>*(Timbro e firma)* | Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato<br><br>Il tirocinante<br><br>*(firma)* |

Data .....

| | |
|---|---|
| Consegnato il..... | |
| La segreteria..... | Il tirocinante..... |

*Sede della Scuola*
Fondazione Bruno Kessler
Via S. Croce, 77
I - 38122 Trento

www.scuolamgtn.it
segreteria@scuolamgtn.it
segreteria@pec.scuolamgtn.it