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 *(Timbro e firma)*	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante *(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