Università di Foggia

Dipartimento di Medicina Clinica Sperimentale

LIBRETTO DI FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE E TECNICHE DIAGNOSTICHE

Tirocinante: _____

Cognome e nome in stampatello

Matricola N. _____

Immatricolato nell'anno accademico: _____

Consegnare il presente libretto in Segreteria Studenti a fine percorso di Studi

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ **A.A.** _____

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

TIROCINANTE _____ **TUTOR** _____

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

Università di Foggia

Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche **A.A. _____**

LAVORO di TIROCINIO

Anno di corso _____ Semestre _____dal _____al _____

DATA	ATTIVITA'	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR

Ha frequentato N. _____ore

TIROCINANTE _____ **TUTOR _____**

cognome e nome in stampatello **cognome e nome in stampatello**

ENTE _____ **STRUTTURA _____**

Università di Foggia

ATTESTAZIONE RIEPILOGATIVA DI INIZIO E FINE ATTIVITA' DI TIROCINIO

Corso di Laurea Magistrale in

SCIENZE delle PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE

A.A. _____ **Anno di Corso _____**

IO SOTTOSCRITTO/A ……..NATO/A A …….

…… PROVINCIA …….. IL ……..

IN QUALITA' DI TUTOR, ATTESTO CHE LO STUDENTE ……..

…… …

MATRICOLA ..... HA SVOLTO IL PROGRAMMA DI TIROCINIO PREVISTO

PRESSO……..

DAL..... AL ……..…….. PER UN TOTALE DI ORE N. ……..…..

RIPORTANDO UNA VALUTAZIONE FINALE DI ……

Luogo e data _____

_____
Firma del Tutor

_____
Firma del Coordinatore di Tirocinio

_____ _____
Cognome e Nome Responsabile di Struttura Timbro e firma Responsabile di Struttura