

Data	Mattina		Pomeriggio		ORE	Branca Specialistica	Cognome/Nome Medico Spec. (stampatello leggibile)	Firma e timbro Medico specialista
	E	U	E	U				
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

TOTALE ORE:

FIRMA CORSISTA

FIRMA E TIMBRO REFERENTE

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA

IN MEDICINA GENERALE

TRIENNIO _____

FOGLIO PRESENZE

TIROCINIO ATTIVITA' TERRITORIALE

DR. _____

TIROCINIO TERRITORIO

DOTT. _____

Foglio presenza giornaliero mese di _____ anno _____

TRIENNIO: _____ - POLIAMBULATORIO: _____

Data	Mattina		Pomeriggio		ORE	Branca Specialistica	Cognome/Nome Medico Spec. (stampatello leggibile)	Firma e timbro Medico specialista
	E	U	E	U				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Data	Mattina		Pomeriggio		ORE	Branca Specialistica	Cognome/Nome Medico Spec. (stampatello leggibile)	Firma e timbro Medico specialista
	E	U	E	U				
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								