

Al Referente amministrativo della sede organizzativa di \_\_\_\_\_BOLOGNA\_\_\_\_\_

**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE Triennio \_\_\_\_\_****Foglio registrazione presenze MMG per il semestre n° \_\_\_\_\_**  
(specificare I°, II°semestre o recupero )

Tirocinante:

Mese:

Tutor MMG:

Anno:

Giorno	E	U	E	U	E	U	Tot. ore	Visto Tutor
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

**Totale ore nel mese:**LUOGO  

---

FIRMA TIROCINANTE  

---

DATA  

---

TIMBRO E FIRMA TUTOR  

---