****

**SECOND CYCLE DEGREE/TWO YEAR MASTER IN**

**MEDICAL BIOTECHNOLOGY**

**Certificazione del Relatore sull’attività svolta dal Tirocinante**

Academic Tutor CERTIFICATION OF INTERN’S PERFORMANCE

Io qui sottoscritto

I, the undersigned,:

Nome: ………………………………………………………………………………………………………………….......

Name

Cognome: ……………………………………………………………………………………………………………….…

Surname

dichiaro che il/la tirocinante ha completato il periodo di tirocinio

hereby declare that the intern has completed his/her training

Nome Tirocinante…………………………………………………………………………………………………

Intern Name

Cognome Tirocinante:………………………………………………………………………………………………

Intern Surname

Data

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_