****

**Corso di Laurea magistrale in Biologia della salute**

**\_**

**Valutazione del tutor del Soggetto ospitante sull’attività svolta dal tirocinante**

EVALUATION OF THE TUTOR OF HOST ORGANISATION ON INTERN’S PERFORMANCE

Io qui sottoscritto

I hereby:

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

Name

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

Surname

dichiaro che il/la tirocinante ha completato il periodo di tirocinio ed esprimo il seguente parere di carattere generale sulle attività svolte:

declare that the intern has completed his/her training and I provide the following evaluation of his/her performance:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Data

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

Firma

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