



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

## ATTESTAZIONE DI FREQUENZA TIROCINIO IN PREPARAZIONE DELLA PROVA FINALE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di

Direttore

Coordinatore del tirocinio

dell'Unità Operativa \_\_\_\_\_

presso l'Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_

ATTESTA CHE

Lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, iscritto/a al corso di studi in \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_

presso Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, matricola \_\_\_\_\_,

ha regolarmente frequentato il tirocinio in preparazione della prova finale presso questa struttura.

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Numero complessivo di ore svolte:** \_\_\_\_\_ ore.

Si attesta la congruenza tra le attività effettivamente svolte durante il tirocinio e quelle previste nel “Progetto formativo e di orientamento” approvato, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi formativi stabiliti.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_

Firma del Direttore/Coordinatore: \_\_\_\_\_

Timbro della Struttura