

LIBRETTO REGISTRO PRESENZE

TIROCINIO MASTER MANAGEMENT DELLE PROFESSIONI SANITARIE
E FUNZIONI DI COORDINAMENTO NELL'ORGANIZZAZIONE
AZIENDALE-OSPEDALIERA E DEI SERVIZI ASSISTENZIALI
TERRITORIALI

Nominativo tirocinante:

Nominativo tutor ente ospitante: _____

[illegible]



S A P E R E A U D E

Data	Orario		N° ORE	Firma del tirocinante	Firma del tutor aziendale
	Ingresso	Uscita			
	TOTALE FINALE ORE:				