LIBRETTO DIARIO
TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO
AREA MEDICINA GENERALE

TIROCINANTE: _____ n. matricola: _____

Attività	CFU	Studio Medico	Medico di Medicina Generale
General Medicine	5		

Attestazione della presenza del tirocinante e delle attività svolte

Data	Orario	Attività svolta	Firma del Tirocinante	Firma del Medico di Medicina Generale