



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia
Presidente Prof. Luigi Demelia

CERTIFICATO
TIROCINIO MEDICO DI BASE VI ANNO

Il/ La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

certifica

che lo studentematricola n°.....ha frequentato lo studio medico nei giorni e negli orari indicati nella tabella sottostante.

GIORNO	DATA	NUMERO DI ORE	GIORNO	DATA	NUMERO DI ORE
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Per un totale di ore _____

La valutazione complessiva dello studente in termini di interesse, partecipazione, rispetto delle regole, acquisizione nozioni teoriche e/o pratiche dell'attività è:

- Ottima
- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente

Data

.....

Firma e Timbro

.....