UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Infermieristica
Sede di Schio

Anno Accademico 20........../……....

SCHEDA FIRME TIROCINIO MESE……............................... – .... Anno di Corso

Cognome e nome studente ____

Sede di Tirocinio ____

Giorno *	**Dalle ore** *	**Alle ore** *	**Totale ore** *	**Cognome e nome guida di tirocinio (IN STAMPATELLO)** *	**Firma guida di tirocinio**
		Totale ore			

* = **compilazione a cura dello studente**

Firma dello studente ______________________________

Firma Tutor di riferimento ______________________________