



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

*Mod. 5
Tirocinio*

Valutazione Finale Tirocinio

SERVIZIO _____

Indirizzo _____ Tel _____

Si DICHIARA che:

Il/La Sig. _____ Nat ____ a _____

Il ____/____/____ autorizzato con Determina Dirigenziale n° _____ del _____

Ha svolto attività di (1) _____

In qualità di (2) _____

Presso l' UO/UOC/ Presidio Ospedaliero (3) _____

_____ dal _____ al _____ (4) per un totale di _____ ore, riportando il giudizio complessivo di _____

Con la seguente motivazione (5) _____

Il Referente Tecnico (Tutor)
Timbro e Firma

Il Dirigente Responsabile UO/UOC
Timbro e Firma

L'Ufficio Formazione - Staff Direzione generale

Chieti, _____

(1) indicare se si tratta di tirocinio.

(2) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.

(3) specificare il reparto/divisione, e/o il nucleo Operativo.

(4) riportare le date dell'effettivo svolgimento del tirocinio.

(5) riportare il giudizio complessivo.