

**CERTIFICATO DELLE ATTIVITA' SVOLTE FUORI RETE FORMATIVA**  
**A.A. 20...../.....**

UNIVERSITA' DI  
APPARTENENZA

ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI

**NOME**

**DELL'UNIVERSITA'**

:

.....

**OSPITANTE**

*Questo modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato **IN ORIGINALE** entro 30 giorni dalla fine delle attività al Consiglio della Scuola.*

**SI ATTESTA CHE**

*Da far compilare e firmare dal tutor di riferimento dell'ente ospitante e validare con il timbro ufficiale dell'ente alla fine delle attività.*

Il sottoscritto, quale legale rappresentante di .....[nome dell'istituzione/ azienda ]

Con la presente dichiara che il medico in formazione

[nome].....[cognome].....

Ha completato il periodo di attività fuori rete formative in coerenza con il programma descritto nella delibera del Consiglio della Scuola di appartenenza

Con il seguente risultato (valutazione complessiva del periodo):

molto buono;  buono;  sufficiente  insufficiente

Durata complessiva del periodo fuori rete formative:.....

[Fornire una motivazione per la valutazione dell'attività formative]

.....  
.....  
.....  
.....

: [nome] ..... [cognome] .....

Data: ...../...../..... Firma \_\_\_\_\_

*Timbro*