

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