

Dichiarazione sostitutiva di certificazione delle ore di Tirocinio

Il sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Codice fiscale _____
e residente in _____ via _____

Iscritto, con n. matricola _____ al Master di I livello in “Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie”, nell’a.a. _____, ha svolto presso _____ attività di tirocinio, ricerca, studio, sperimentazione ed applicazione di conoscenze teoriche per un totale di 500 ore, come previsto dall’ Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007.

Firma _____
Luogo e data _____

Il tutor aziendale _____
Firma e timbro aziendale _____
Luogo e data _____