



**ATTESTATO DI
TIROCINIO**

↑ *apporre in questo spazio il timbro della struttura*

Attesto che

Il dott. / d.ssa _____ nato a _____ il
_____ e residente in _____ Via _____ n. _____
allievo del _____ anno (*inserire l'anno a cui fanno riferimento le ore di tirocinio
svolto*) dell'Istituto di Formazione della S.I.P.P. ha effettuato il proprio tirocinio presso
il servizio di (*indicare: reparti di degenza, day hospital, ambulatori, ecc...*)

dal _____ al _____ per un totale di n. _____ ore.

Le attività cliniche svolte dall'allievo nella suddetta struttura sono state:

(*Spazio per eventuali annotazioni*) _____

Firma del responsabile del servizio o suo delegato

Data _____