SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Polo didattico della formazione delle professioni sanitarie

CORSO DI LAUREA D
IN INFERMIERISTICA

Il Direttore Didattico Dott.ssa Teresa Colacci

Studente/ssa: ……..…………………………. Anno di Corso: ……… Anno Accademico: …………

U.O./Servizio: ………………………...........… Tutor Clinico:...…………………...............................

Presenze in Tirocinio

DATA	ORARIO DALLE ORE ALLE ORE	TOT. ORE GIORNALIERE	FIRMA STUDENTE	FIRMA INFERMIERE TUTOR CLINICO
	Totale ore			

TIMBRO DEL REPARTO E FIRMA DEL CAPOSALA O INFERMIERE TUTOR CLINICO

____

P.S. Si ricorda al responsabile della rilevazione della presenza di <u>barrare le caselle</u> rimaste in bianco alla fine del tirocinio