



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

*Mod. 7
Tirocinio*

VALUTAZIONE FINALE DA PARTE DEL TIROCINANTE

Il sottoscritto/a _____ - nato/a _____

Il ____/____/____ autorizzato con Determinazione Dirigenziale n° ____ del

Ha svolto attività di tirocinio

In qualità (1) di _____

Presso (2) la UO / UOC / Presidio Ospedaliero _____

Da _____ al _____

ESPRIME

Il seguente giudizio sulla attività didattica di Tirocinio/Frequenza volontaria con la seguente motivazione (3)

(1) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.

(2) specificare il reparto/divisione, e/o il Nucleo operativo.

(3) riportare il giudizio complessivo.

Chieti, _____

FIRMA
