**ALLA SEGRETERIA DIDATTICA DEL
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

via Saint Martin de Corléans, 248 – 11100 Aosta

TEL. 0165/546036/546037 – FAX 0165/554175

VERBALE DELLE ATTIVITA' CORRELATE AL TIROCINIO

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Alla presenza di:

COGNOME E NOME GUIDA DI TIROCINIO	QUALIFICA / TIPOLOGIA DI CONTRATTO*	IN ORARIO/ FUORI ORARIO
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____

*Indicare la tipologia:

dependente - libero professionista (LP) – non dependente (co.co.co., obiettivo lavoro,...)

BREVE DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

S.C. SEDE DI TIROCINIO _____

Letto, approvato e sottoscritto:

Il Coordinatore Infermieristico

Il Tutor

Visto il Coordinatore del Corso di Laurea _____