



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI
STUDENTI**

C.so Dogliotti, 38 – 10126 – Torino Tel. 011 6705498 Fax. 011 2361088

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

**CERTIFICAZIONE RELATIVA ALL'ATTIVITÀ
DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE / CERTIFICATION
OF PROFESSIONAL TRAINING ACTIVITIES**

Studente/Student _____

Matricola/Stud.ID _____

Denominazione del tirocinio/Training name

Codice del tirocinio/Training code

Presidio ospedaliero/Hospital.....

Certificazione relativa all'Attività di Tirocinio Professionalizzante / Certification of Professional training activities



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI
SEZIONE SERVIZI STUDENTI MEDICINA

Struttura sanitaria/Clinical Department of.....

Periodo di frequenza dal/Frequentation period fromal/to.....
a.a./year. 20...../.....

Table with 4 columns: ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO/TRAINING ACTIVITY DESCRIPTION, DATA/DATE, ORE/HOURS DALLE/FROM.....ALLE/TO....., FIRMA PER ESTESO DEL TUTORE / DOCENTE PROFESSOR'S/MENTOR'S SIGNATURE. The table contains 15 empty rows for data entry.

Visto e timbro del Responsabile di Struttura/

Signature and stamp of Clinical Department's Chairman

Prof.

(scrivere in stampatello/write in capitals)

Firma/Signature

Giudizio relativo al periodo/ Evaluation regarding corresponding period.....

CFU acquisiti:/ Number of ECTS credits awarded:.....