



UNIVERSITÀ
DI TORINO

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

Studente/Student		
Matricola/Student ID		
Codice tirocinio/Traineeship code		
Titolo tirocinio/Traineeship title		
Ospedale/Hospital		
Reparto/Clinical ward		
Periodo di frequenza/Attendance period	da/from	a/to

Argomento dell'attività di tirocinio Training activity description	Data/Date (dd/mm/yy)	Ore/hours (hh.mm) dalle/from... alle/to...	Firma per esteso del tutor/docente Professor's/mentor's signature

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

☐ IDONEO	☐ NON IDONEO
---------------------------------	-------------------------------------

VOTO (facoltativo/optional) _____ / 30
--

Luogo e data

Responsabile di struttura –
Clinical Ward Chairman
(Cognome/Nome)

Firma/Signature

TIMBRO/STAMP

--