**Modulo di Frequenza in reparto**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Direttore dell’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, relativamente al progetto di tirocinio libero dello/a studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia dell’Università degli studi di Padova,

DICHIARA

che il/la suddetto/a studente/essa ha frequentato l’U. O. da me diretta dal giorno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Direttore U.O.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_