**MODULO DI CERTIFICAZIONE FREQUENZA**

**ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE INDIVIDUALI**

**Frequenza Reparti Assistenziali o Laboratori di Ricerca**

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, attesta che lo studente

(Cognome, Nome, Matricola) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del CdLM in Medicina e Chirurgia ha frequentato il Reparto/Laboratorio di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’U.O./Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore, sotto la propria supervisione.

Il raggiungimento degli obiettivi formativi è stato verificato tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e lo studente è

risultato idoneo.

Firma del tutor

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

*Catania, il ……………………………*