

RILEVAZIONE PRESENZE DEL TIROCINIO CLINICO

STRUTTURA OSPEDALIERA

Studente _____ **Anno di corso** _____

Unità Operativa/Servizio _____ **Mese** _____ **Anno** _____

	Orario entrata	Orario uscita	Firma Tirocinante	Firma del Coordinatore Infermieristico	ANNOTAZIONI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					