Scheda di Rilevazione Presenze Specializzandi

Nome e Cognome: **Matricola:** **Scuola:**

Ospedale rete formativa: **Mese di Rilevazione:**

DATA	GIORNO	Ora entrata	Ora Uscita	ORE SVOLTE

Firma dello Specializzando Firma del Supervisore

Firma del Direttore della Scuola