ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

FOGLIO RILEVAZIONE PRESENZE

COGNOME E NOME DEL TIROCINANTE _____

DATA	Ora Entrata	Firma Tirocinante	Ora Uscita	Firma Tirocinante	N. ore

***(foglio da fotocopiare, se necessario, per periodi prolungati di tirocinio)**
****(la parte sottostante verrà compilata dal tutor solo nell'ultimo foglio utile per la rilevazione delle presenze)**

Il/La sottoscritto/a……...in servizio presso…… ……dichiara di aver svolto funzione di tutor aziendale nei confronti del/la tirocinante…….……dal…….. (data effettiva inizio) al……..(data effettiva fine) per complessive ore …….....

Il Tutor

_____
(Firma e Timbro)