



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA

***LAUREA MAGISTRALE in
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE***

FOGLIO FIRME PRESENZA STAGE

Anno accademico: _____ / _____

Studente:

Cognome: _____ **Nome:** _____

Martricola N° _____

Anno di corso: [] 1 [] 2

Sede dello Stage/tirocinio:

Allegato 2

Timbro del servizio

Firma del tutor del servizio

Firma del docente di tirocinio (presa visione) _____