



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA

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

FOGLIO FIRME PRESENZA STAGE

Anno accademico: ____/____

Studente:

Cognome: _____ **Nome** _____

Matricola N° _____

Anno di corso: [] 1 [] 2

Sede dello Stage/tirocinio:

[illegible]**Timbro del servizio****Firma del tutor del servizio**

Firma del docente di tirocinio (presa visione) _____