



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

**REGISTRO DI PRESENZE MENSILI**

***Da inviare a [tirocini.biotec-med@unife.it](mailto:tirocini.biotec-med@unife.it) al termine del tirocinio***

Mese/Anno	Tipologia tirocinio	Soggetto promotore del tirocinio
	<input type="checkbox"/> interno <input type="checkbox"/> esterno	<i>Università degli studi di Ferrara Via Ariosto 35 44121 Ferrara</i>
<b>Dati del tirocinante</b>		<b>Sede del tirocinio</b>
<b>Cognome</b>		
<b>Nome</b>		

Data	Oggetto del tirocinio	n. ore	Firma tirocinante
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
<b>TOT ORE</b>			

**Firma del tutor (con timbro, se aziendale)**

**PROPOSTA VALUTAZIONE (a cura del tutor)    /30**