



**Diario attività di tirocinio – “Didattica Pratica di Medicina di Laboratorio”  
dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_**

**Anno Accademico 2023 – 2024**

*Area studente*

*Area tutor/supervisore*

Data	Descrizione sintetica attività	Orario	Numero ore/giorno	Nome e firma tutor/supervisore APSS	N. ore/giorno tutoraggio



**UNIVERSITÀ  
DI TRENTO**



**CISMed**  
Centro Interdipartimentale  
di Scienze Mediche

Data	Descrizione sintetica attività	Orario	Numero ore/giorno	Nome e firma tutor/supervisore APSS	N. ore/giorno tutoraggio



**UNIVERSITÀ  
DI TRENTO**



**CISMed**  
Centro Interdipartimentale  
di Scienze Mediche

Data	Descrizione sintetica attività	Orario	Numero ore/giorno	Nome e firma tutor/supervisore APSS	N. ore/giorno tutoraggio
<b>Totale ore</b> (almeno 25 h)				<b>Totale ore</b> tutoraggio/supervisione	

**FIRMA DELLO/A STUDENTE/SSA**

\_\_\_\_\_

**DATA**

\_\_\_\_\_