



**CONFRONTO CON IL TUTOR**

**Tutor Principale:**

---

**dichiara che il**

**Tirocinante:**

**TRIENNIO:**

*Indicativamente devono essere svolte nr. **4,5 ore a settimana** per un totale di 208 ore per ogni anno di corso. Durante i periodi di sospensione delle attività della scuola viene sospesa anche l'attività presso il Tutor principale.*

**Ha effettuato il confronto con il tutor nel**

**mese di** \_\_\_\_\_

**nei seguenti giorni:**

<b>data:</b>							<i>tot. ore effettuate</i>
<b>ore</b>							

**mese di** \_\_\_\_\_

**nei seguenti giorni:**

<b>data:</b>							<i>tot. ore effettuate</i>
<b>ore</b>							

**mese di** \_\_\_\_\_

**nei seguenti giorni:**

<b>data:</b>							<i>tot. ore effettuate</i>
<b>ore</b>							

Il modulo deve essere inviato all'indirizzo [ceformed.formazionespecifica@asugi.sanita.fvg.it](mailto:ceformed.formazionespecifica@asugi.sanita.fvg.it) a cadenza trimestrale entro 7 gg. del mese successivo.

Data \_\_\_\_\_

Il Tutor (timbro e firma)

\_\_\_\_\_

Il Tirocinante

\_\_\_\_\_