Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze

Morfologiche con Interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa

Corso di Laurea in Infermieristica - sede di Reggio Emilia

NOME_____COGNOME_____MATRICOLA_____

☐ STUDENTE 2° ANNO ☐ STUDENTE 3° ANNO

AFFIANCATO ALLO STUDENTE di 1° ANNO (*nome, cognome,* _____

AUTOCERTIFICAZIONE INCONTRI

Data Incontro	Dalle Ore alle ore…	n. tot ore	Tipo di supporto	Specificare se trattasi di consulenza telefonica, via e-mail o di persona

In Data, _____

Firma Studenti

_____

_____