

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Lo/a studente _____ con matricola _A23/00 _____

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Malattie Infettive** (MED/17- 2 CFU) nell'A.A. 2019/2020
volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Psichiatria** (MED/25-1.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020
volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Neurologia** (MED/26- 1.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Neurochirurgia** (MED/27-0.75 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Chirurgia Maxill-Facciale** (MED/29-0.5CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto di **Oculistica** (MED/30- 0.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Otorinolaringoiatria** (MED/31- 0.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto **di Audiologia** (MED/32- 0.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Diagnostica per immag.** (MED/36-1 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Neuroradiologia** (MED/37-0.5 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA
ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI - V ANNO

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Neuropsych. Infant.** (MED/39-0.75CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR

Ha frequentato il reparto/laboratorio di **Farmacologia** (BIO/14-1 CFU) nell'A.A. 2019/2020

volgendo durante l'attività di tirocinio particolare attenzione ai seguenti casi:

Data

FIRMA DEL TUTOR