



# SCUOLA DI PEDIATRIA

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

UNIVERSITA' DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

ASSEGNATA/O ALLA U.O. /SERVIZIO DI \_\_\_\_\_

**MODULO PRESENZE MENSILE SPECIALIZZANDI** MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

SEDE  GIANICOLO  SAN PAOLO  PALIDORO  SANTA MARINELLA  TOR VERGATA

GIORNI	ORARIO ENTRATA	ORARIO USCITA	FIRMA ENTRATA	FIRMA USCITA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Tutor \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

N.B.: Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e recapitato presso la segreteria OPBG della scuola entro e non oltre i primi cinque giorni del mese successivo. Chi è fuori la sede del Gianicolo può inviare il modulo scannerizzato a [info@scuoladipediatria.it](mailto:info@scuoladipediatria.it)