



**Al Coordinatore del
CdL in Medicina e Chirurgia**

Ufficio Tirocini Sanitari
Via Fossato di Mortara, 70
44121 Ferrara

Oggetto: **attestazione di presenza al Tirocinio Curriculare Clinico – A.A. 2024/25**

Si attesta che lo/la studente/ssa _____

Matricola _____ iscritto/o, per l'A.A. 2024/25, al 4° anno - 5° anno di corso

ha svolto il Tirocinio Curriculare Clinico

in area medica: M1 M2 M3

in area chirurgica: C1

presso la U.O. _____

Ospedale di Cona - via Aldo Moro n.8, Cona (FE)

Ospedale di Cento - via G. Vicini n. 2, Cento (FE)

Ospedale di Delta - via Valle Oppio n. 2, Lagosanto (FE)

Ospedale di Argenta - via Nazionale Ponente n. 5, Argenta (FE)

ADO - via O. Fallaci n. 26, Ferrara

Casa della Salute di San Rocco – Corso della Giovecca n. 203, Ferrara

Hospice "Le Onde e il Mare" - via Cavallotti n. 347, Codigoro

SSM "La Luna" - via Quartieri n. 2, Ferrara

nel periodo dal ____/____/202__ al ____/____/202__

_____, li ____/____/202__

Il Direttore della U.O. / Referente per il Tirocinio

**DOCUMENTO DA COMPILARE E CONSERVARE A CURA DELLO STUDENTE
NON INVIARE AGLI UFFICI O AI DOCENTI SE NON ESPRESSAMENTE RICHIESTO**

Vale come giustificazione di assenza alle lezioni svolte nel periodo di frequenza del Tirocinio Curriculare Clinico – A.A. 2024/25