



DOCUMENTO DA COMPILARE E CONSERVARE A CURA DELLO STUDENTE

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

Ufficio Tirocini Sanitari
Via Fossato di Mortara, 70 - Ferrara

Oggetto: **attestazione di presenza al Tirocinio Curriculare Clinico – A.A. 2025/26**

Si attesta che lo/la studente/ssa _____
Matricola _____ iscritto/a, per l'A.A. 2024/25, al [] 4° anno - [] 5° anno di corso
ha regolarmente frequentato il Tirocinio Curriculare Clinico
in area medica: [] M1 [] M2 [] M3
in area chirurgica: [] C1
presso la U.O. _____

con sede presso:

- [] - Arcispedale S. Anna - Via Aldo Moro, 8 - Cona (FE)
- [] - Ospedale SS. Annunziata - Via Giovanni Vicini, 2, Cento (FE)
- [] - Ospedale del Delta - Via Valle Oppio, 2, Lagosanto (FE)
- [] - Casa della Comunità Cittadella S. Rocco Ferrara - Corso della Giovecca 203, Ferrara
- [] - Ospedale Mazzolani Vandini - Via Nazionale Ponente, 7, Argenta (FE)
- [] - Hospice "CASA DELLA SOLIDARIETÀ" Via O. Fallaci, 26, Ferrara
- [] - Hospice "LE ONDE E IL MARE" Via Cavallotti, 347, Codigoro (FE)
- [] - Via della Ghiara 38, Ferrara
- [] - Casa della Comunità Via Edmondo De Amicis 22, Portomaggiore (FE)
- [] - AUSLFE - via Cassoli 30, 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 dell'A.A. 2024/2,5 qualora vi fosse sovrapposizione di orario nel periodo di frequenza del Tirocinio Curriculare Clinico