



**MODULO ADE**

CDL INFERMIERISTICA - POLO FORMATIVO: \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**STUDENTE** \_\_\_\_\_ **MATRICOLA** \_\_\_\_\_

EVENTO FORMATIVO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_

**N.B.: Ai fini della consegna e della assegnazione dei relativi CFU è necessario allegare copia degli attestati degli eventi formativi elencati.**

**La consegna dovrà avvenire esclusivamente dal 1° Giugno al 15 Giugno e non oltre.**

**Il Responsabile del CdL Infermieristica**

**Prof. \_\_\_\_\_**

**Spazio riservato alla Segreteria Didattica**

**N. TOT. CFU \_\_\_\_\_**



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ DI LABORATORIO**

CDL INFERMIERISTICA - POLO FORMATIVO \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_ STUDENTE \_\_\_\_\_

UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_

DATA/E \_\_\_\_\_ DALLE ORE: \_\_\_\_\_ ALLE ORE: \_\_\_\_\_

ATTIVITÀ DI LABORATORIO IN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PER AUTORIZZAZIONE**

Il Direttore delle Attività Didattiche

Dott. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A SEGUITO DELL'ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO**

Firma dello studente \_\_\_\_\_

Firma del Tutor di Macroarea \_\_\_\_\_

Firma del Referente di Tirocinio \_\_\_\_\_



DATA E ORA	DESCRIZIONE ATTIVITA' ESPLETATA

N. CFU \_\_\_\_\_



**MODULO RIEPILOGATIVO LABORATORI**

CDL INFERMIERISTICA - POLO FORMATIVO: \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_ STUDENTE \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

Unità Operativa e/o Settore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N. CFU \_\_\_\_\_

**N.B.: La consegna dovrà avvenire esclusivamente dal 1° Giugno al 15 Giugno e non oltre**

**Il Responsabile del CdL Infermieristica**

**Prof. \_\_\_\_\_**

**Spazio riservato alla Segreteria Didattica**

**N. TOT. CFU \_\_\_\_\_**