



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

☐ ATTIVITÀ PRATICA

☐ TIROCINIO ABILITANTE

Cognome e Nome _____ Gruppo **B**

Settimana dal _____ al _____

DATA	PERCORSO	FIRMA STUDENTE	FIRMA STRUTTURATO
	S.S. ORTOGERIATRIA		
	S.S. ORTOGERIATRIA		
	AMBULATORI GERIATRIA		
	S.C. GERIATRIA		
	S.C. GERIATRIA		
	S.C. GERIATRIA		

- S.C. Geriatria – Blocco H - Piano Terra
- Ambulatori Geriatria (n. 14, 15, 16) - Blocco N - Piano Terra
- S.S. Ortogeriatria - Blocco C - Piano 3°