

Nominativo Studente _____

Sede di tirocinio _____

RICHIESTA DI SOSTITUZIONE TURNO

Data _____

Fascia oraria originale _____

Fascia oraria richiesta _____

Nominativo studente che concorda la sostituzione _____

Motivazione _____

Data _____

Firma del Tutor clinico di reparto _____

Firma del Tutor di area _____