



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche
Corso di Laurea in Terapia Occupazionale
Presidente: Prof.ssa Daniela Puzzo

TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE I ANNO A.A. 2018-19

REGISTRO delle ATTIVITÀ SVOLTE **dal 14 gennaio al 31 gennaio 2019**

STUDENTE _____

Matricola _____



I PERIODO

Data: 14/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 15/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____



Data: 18/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 21/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Firma e Timbro Responsabile Unità Operativa: _____



II PERIODO

Data: 22/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 23/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____



Data: 24/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 25/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Firma e Timbro Responsabile Unità Operativa: _____



III PERIODO

Data: 28/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 29/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____



Data: 30/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Data: 31/01/2019
Tutor:
Unità Operativa:
Ambito: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
Attività Svolta:

Firma Tutor: _____

Firma Studente: _____

Firma e Timbro Responsabile Unità Operativa: _____

=====

Visto Coordinatore Tirocinio Professionalizzante

Visto Presidente CdL Terapia Occupazionale
