



Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

SEDE
Città di Torino



UNIVERSITÀ
DI TORINO

Dipartimento di Scienze della Sanità
Pubblica e Pediatriche

MODULO RENDICONTO PRESENZE PER LE ATTIVITÀ ELETTIVE E SEMINARI IMPEGNO DI SPESA

compilare in ogni parte ed inviare UNITAMENTE AL FOGLIO PRESENZE DEGLI STUDENTI tramite posta elettronica all'indirizzo:

climed1.asltorino@unito.it

ANNO ACCADEMICO:	DENOMINAZIONE ATTIVITA'
------------------	-------------------------

Attenzione i nominativi indicati devono essere quelli presenti nel Modulo 2 "Preventivo Impegno di spesa"

N	Cognome e Nome	Titolare/Sostituto	Se Sostituto (indicare cognome e nome del docente sostituito)	N° Ore docenza
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		
		Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto <input type="checkbox"/>		

Pag. _____ Data _____ Firma (del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva) _____