SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA IPNOTICA ERICKSONIANA- S.P.I.E.

REGISTRO PRESENZE TIROCINIO FORMATIVO

Anno Formativo _____/_____

Soggetto Ospitante:

Tutor aziendale:

Periodo di svolgimento: dal ***al*** ***Totale ore:***

Tirocinante

Giorno	*Orario d'ingresso*	*Orario uscita*	*Totale ore svolte*	*Firma tirocinante*