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***

Timbro Soggetto ospitante ***Firma del Tutor***