



**Corso di Laurea in  
Tecniche di Laboratorio  
Biomedico**

Via Rosmini, 4a – 10126 TORINO  
Tel. 011 670 8130 – Fax 011.2368130



Università degli Studi  
di Torino  
Scuola di Medicina  
di Torino

**Anno Accademico 20.../...** – **1°**  **2°**  **3°**  **Anno di corso** – **I°**  **II°**  **semestre**

=====

**Studente**.....

**Laboratorio**.....

**Indirizzo o Sede del laboratorio**.....

**Responsabile del laboratorio**.....

**Periodo di Frequenza dal**..... **al**.....

**Ore complessive di tirocinio**.....

**Relazione descrittiva finale (comprensiva di frequenza, ambito relazionale e tecnico/pratico):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Valutazione Complessiva:**

<b>Insufficiente</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Discreto</b>	<b>Buono</b>	<b>Ottimo</b>
----------------------	--------------------	-----------------	--------------	---------------

**Il Tutor**

(Firma e timbro laboratorio)

.....

**Firma studente per accettazione**

.....