**Esercizio di apprendimento**

**Attestato per il certificato FMH**

Cognome

Nome

Tipo di valutazione (Mini-CEX, DOPS)

Data

Tema

La valutazione è stata realizzata sotto supervisione della/del sottoscritta/o formatrice/formatore responsabile :

Firme:

Medico in formazione Formatrice/formatore