scuolamgtn
formazione specifica
in medicina generale Trento

# CERTIFICAZIONE DELLA FREQUENZA PRESSO IL TUTOR DI PLS
# (pediatra di libera scelta)

Io sottoscritto tutor di pls_____

CERTIFICO CHE

Il tirocinante dott. _____

ha frequentato presso il proprio studio di pediatria, affiancandolo anche nelle attività extra ambulatoriali correlate al lavoro di pls nel periodo:

_____/_____

| | Settimana dal/al | Ore |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

| | Settimana dal/al | Ore |
|---|---|---|
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |

Per un totale di _____settimane di frequenza;
ogni settimana ha avuto una frequenza di 24 ore e di 6 ore in settimana di autoapprendimento, studio e approfondimento guidati autocertificate.

La **valutazione complessiva** del tirocinio è stata: POSITIVA ❑ NEGATIVA ❑

La valutazione dettagliata sarà consegnata ENTRO 20 GIORNI dalla fine del tirocinio e spedita alla segreteria della Scuola tramite mail in formato PDF.

| Il medico di pls | Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato<br><br>Il tirocinante |
|---|---|
| *(Timbro e firma)* | *(firma)* |

Data .....

Consegnato il.....

La segreteria..... Il tirocinante.....