

## CERTIFICAZIONE DELLA FREQUENZA PRESSO IL TUTOR MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Io sottoscritto tutor medico di medicina generale \_\_\_\_\_

CERTIFICO CHE

Il tirocinante dott. \_\_\_\_\_

ha frequentato presso il proprio studio di medicina generale, affiancandolo anche nelle attività extra ambulatoriali correlate al lavoro di medico di medicina generale 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

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

Data .....

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Consegnato il..... | La segreteria.....  |
| _____              | Il tirocinante..... |