

CERTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DELLA FREQUENZA IN OSPEDALE

UNITA' OPERATIVA / OSPEDALE _____

Io sottoscritto tutor _____ settore _____

CERTIFICO CHE

Il tirocinante dott. _____ ha frequentato presso il proprio settore 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.

Con impegno e partecipazione:

| | | | | |
|----------------|----------|-------------|-------|--------|
| Non valutabile | Negativa | Sufficiente | Buona | Ottima |
|----------------|----------|-------------|-------|--------|

Ha raggiunto gli obiettivi formativi relativi al periodo : sì no

Valutazione complessiva finale (può essere allegata eventuale motivazione esplicativa)

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| POSITIVA <input type="checkbox"/> | NEGATIVA <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

Ho allegato osservazioni e motivazioni : sì no

| | |
|--|---|
| <p>Il tutor</p> <p>_____</p> <p><i>(Timbro e firma)</i></p> | <p>Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato</p> <p>Il tirocinante</p> <p>_____</p> <p><i>(firma)</i></p> |
|--|---|

Data

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