

## 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 esplicitiva)

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 .....

<p>Consegnato il.....</p>	
<p>La segreteria.....</p>	<p>Il tirocinante.....</p>