



scuolamgtn

formazione specifica
in medicina generale Trento

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TRENTO

CERTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DELLA FREQUENZA IN APSP

APSP _____

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

Il Tutor <hr/> <i>(Timbro e firma)</i>	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante <hr/> <i>(firma)</i>
---	---

Data

Consegnato il.....	
La segreteria.....	Il tirocinante.....