



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA



scuolamgtn  
formazione specifica  
in medicina generale Trento

PNRR M6C2 - CUP C64C23000180009

## 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

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.....