

## 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	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato
(Timbro e firma)	Il tirocinante (firma)

Data .....

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