

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;

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 NEGATIVA

Ho allegato osservazioni e motivazioni: sì no

Il tutor	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato
<i>(Timbro e firma)</i>	<i>(firma)</i>

Data

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