

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 <input type="checkbox"/>	NEGATIVA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

 Ho allegato osservazioni e motivazioni : sì ☐ no ☐

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

Data

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