Asuit
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

scuolamgtn
formazione specifica
in medicina generale Trento

CERTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DELLA FREQUENZA IN DISTRETTO

DISTRETTO_____

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 Il tirocinante
(Timbro e firma)	*(firma)*

Data .....

Consegnato il.....

La segreteria..... Il tirocinante.....