

VALUTAZIONE TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE

Corso di Laurea MAGISTRALE di Medicina e Chirurgia (Ord. LM41)

Per la corretta registrazione della valutazione del tirocinio occorre utilizzare la **procedura informatizzata** comunicata via mail dalla Presidenza del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia esclusivamente al Responsabile dell'U.O. Per ulteriori informazioni si prega di contattare il Sig. **Roberto Bidinelli** dell'Ufficio Servizi Informatici della Presidenza (0871/3554058; r.bidinelli@unich.it; fax 0871/3554056) oppure il Sig. **Stefano Scioli** del Supporto alla Didattica della Presidenza (0871/3554219; supporto.didatticamedicina@unich.it, cell. 347.1152364).

DATI STUDENTE

DATI UNITA' OPERATIVA (U.O.)

Anno Accademico 20__ / 20__

Cognome e nome:

Matricola:

Anno di corso: (numero) ____ (in lettere) _____

Corso Integrato per cui si effettua il tirocinio: _____

Unità Operativa (U.O.):

Sede U.O.:

Ospedale:

Responsabile U.O.:

Tutor valutatore:

Periodo tirocinio dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Totale ore: _____ Totale CFU (1 CFU per Ord. LM41 = 25 ore): _____

VALUTAZIONE

VOCI DA VALUTARE

a) Capacità di raccogliere una anamnesi e di effettuare un esame obiettivo

b) Attitudine a presentare e sintetizzare i dati raccolti

c) Impegno e interesse manifestato nell'espletamento del tirocinio

d) Puntualità e costanza di presenza in reparto

e) Comportamento attivo e costruttivo

f) Relazioni umane con pazienti, colleghi e medici

g) Capacità di accettare le critiche

FIRMA DEL TUTOR VALUTATORE

Sulla base delle suddette voci, esprimere un giudizio globale:

Insufficiente

Sufficiente

Buono

Distinto

Ottimo



IMPORTANTE: SI PREGA DI UTILIZZARE QUESTO FOGLIO SOLO COME FAC-SIMILE PER USO INTERNO AL REPARTO, QUINDI NON VA RILASCIATO ALLO STUDENTE PER NESSUN MOTIVO