**LIBRETTO DEL TIROCINANTE V anno**

**Area del Territorio e dei Servizi**

Tirocinante (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo svolgimento tirocinio: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno accademico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***In relazione alla programmazione delle attività, nel caso in cui il tirocinante frequentasse più reparti/unità operative/laboratori/Dipartimenti universitari, sia il registro delle frequenze che la scheda di valutazione devono essere replicati e compilati dai singoli docenti responsabili.***

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma e Timbro del Docente Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il presente foglio deve essere firmato giornalmente dal tutor che segue l’attività del tirocinante e in calce dal docente responsabile.***

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti della Professione Medica** | **VALUTAZIONE\*** |
| Mette in atto le conoscenze acquisite nell’ambito delle tematiche delle discipline dell’Area del Territorio e dei Servizi? |  |
| Si dimostra capace di inquadrare le problematiche che riguardano l’Igiene e la Sanità pubblica/la Medicina Legale/la Medicina del Lavoro? |  |
| Ha la capacità di relazionarsi con i pazienti/soggetti sani per raccogliere informazioni relative all’anamnesi, agli stili di vita e ad altri aspetti utili al conseguimento degli obiettivi prefissati? |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi ai compiti assegnati nell’ambito delle aree tematiche oggetto del tirocinio? |  |
| Sa applicare le metodologie e utilizzare gli strumenti previsti nelle attività a cui ha partecipato? |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario? |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole e dell’organizzazione del reparto/ambulatorio/laboratorio e della Struttura? |  |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e con le altre figure professionali? |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo? |  |

***VALUTAZIONE FINALE: Approvato/Non Approvato Giudizio Finale\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\*inserire un giudizio dalla A (eccellente) alla F (sufficiente) per ogni aspetto e un giudizio finale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Docente Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_