

Denominazione del tirocinio **Tirocinio
professionalizzante di ginecologia e ostetricia**

Codice del tirocinio **MED3542**

Presidio ospedaliero **Sant'Anna**

Struttura sanitaria **Ginecologia e ostetricia I Prof.ssa
Benedetto**

Periodo di frequenza dal **31/8/2020 all'11/9/2020 a.a.
2019/20**

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL TUTORE / DOCENTE
SPECIFICARE QUOTIDIANAMENTE L'ATTIVITA' SVOLTA IN PRESENZA	31/8/2020	Dalle ore 08:00 alle 15:00	FIRMA DEL TUTOR
SPECIFICARE QUOTIDIANAMENTE L'ATTIVITA' SVOLTA IN PRESENZA	1/9/2020	Dalle ore 08:00 alle 15:00	FIRMA DEL TUTOR
SPECIFICARE QUOTIDIANAMENTE L'ATTIVITA' SVOLTA IN PRESENZA	11/9/2020	Dalle ore 08:00 alle 15:00	FIRMA DEL TUTOR

Visto e timbro del Responsabile di Reparto

Prof. CHIARA BENEDETTO

(scrivere in stampatello)

Firma

Giudizio relativo al periodo

IDONEO/NON IDONEO.....

CFU acquisiti: **2**



Denominazione del tirocinio Tirocinio
professionalizzante in psichiatria

Codice del tirocinio MED3545

Presidio ospedaliero Casi clinici svolti on line

Struttura sanitaria Casi clinici svolti on line

Periodo di frequenza dal 7/12/2020 al 13/12/2020

a.a. 2020/21

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL TUTORE / DOCENTE
"Caso clinico 3"	Consegna relazione su moodle in data 7/12/2020 colloquio webex in data 9/12/2020	25 ore	NOMINATIVO DEL DOCENTE-TUTOR

Visto e timbro del Responsabile di Reparto

Prof.
(scrivere in stampatello)

Firma

Giudizio relativo al periodo

.....

.....
.....



CFU acquisiti:

.....

Per le coorti 14/15 e precedenti che svolgono il tirocinio abilitante pre-laurea di Medicina Generale compilare la pagina relativa al codice SME0011 con le attività presso il MMG o con le attività sostitutive del MMG. Se si svolge il tirocinio di Medicina Generale post- laurea compilare la pagina relativa al tirocinio curriculare SME0011 con attività a

libera scelta.

Denominazione del tirocinio Tirocinio professionalizzante in Medicina di Base

Codice del tirocinio SME0011

Presidio ospedaliero Medico di Medicina Generale convenzionato – Dott.....

Struttura sanitaria

Periodo di frequenza dal 30/11/2020 al 10/01/2021 a.a. 2020/21

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL TUTORE / DOCENTE
Attività svolta presso il Medico di Medicina Generale	Dal 30/11/2020 al 10/01/2021	Lunedì, mercoledì, venerdì dalle 09:00 alle 13:00 – Martedì, giovedì dalle 14:00 alle 18:00	



--	--	--	--

Visto e timbro del Responsabile di Reparto

**Prof.
(scrivere in stampatello)**

Giudizio relativo al periodo

.....

CFU acquisiti:

.....

Firma

.....

.....

