



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI
STUDENTI**

C.so Dogliotti, 38 – 10126 – Torino
Tel. 011 6705498 Fax. 011 2361088

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia
Polo di Torino

**LIBRETTO CERTIFICATIVO PER L'ATTIVITÀ
DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE**

Studente/Studentessa _____

Matricola _____



Protocollo operativo per la sicurezza e della salute degli studenti frequentatori e delle studentesse frequentatrici delle strutture sanitarie e dei laboratori

Gli studenti e le studentesse iscritti/e al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia hanno l'obbligo di frequentare tutti i tirocini professionalizzanti previsti nel proprio piano degli studi seguendo le indicazioni del **Protocollo operativo per la sicurezza e della salute degli studenti e delle studentesse** pubblicato sul sito campusnet del corso di studi <https://medchirurgia.campusnet.unito.it/> alla voce "Tirocini e stage".



Denominazione del tirocinio:
TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE SISTEMI SANITARI – II ANNO

Codice del tirocinio: SME0925– 1 CFU

Presidio ospedaliero

Struttura sanitaria

NON COMPILARE QUESTI CAMPI

.....
Periodo di frequenza dal ...**09/05/2022**..... al...**23/05/2022**.... A.A. ...**2021. /..22**.....

DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTOR / DOCENTE
<i>Inserire: Attività svolta in modalità on line</i>			
Medicina di Genere	09/05/2022	10-12	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
La sanità in Europa: attori, peculiarità e modalità di integrazione	09/05/2022	14-16	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
Codice etico - codice di comportamento	09/05/2022	16-18	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
Sars-Cov-2: dal caso zero alla vaccinazione di massa	12/05/2022	8.30-10.30	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
La salute corre sul Web: occuparsi di sanità pubblica ai tempi dei Social Media e delle fake news	12/05/2022	11-13	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
Medicina di Genere	16/05/2022	10-12	Inserire il Cognome e nome del/della Docente
Medicina di Genere	20/05/2022	10-12	Inserire il Cognome e nome del/della Docente



Medicina di Genere	23/05/2022	10-12	Inserire il Cognome e nome del/della Docente



ATTIVITA' ED OBIETTIVI

Riportare di seguito gli obiettivi indicati dal/dalla tutor/responsabile della struttura:

- 1.....
.....
.....
- 2.....
.....
.....
- 3.....
.....
.....
- 4.....
.....
.....
- 5.....
.....
.....

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Completare le righe con una breve descrizione degli obiettivi sopra riportati:

- 1.....
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 2.....
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 3.....
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 4.....
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 5.....
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

.....



.....

.....

.....

.....

**VISTO E TIMBRO DEL/DELLA RESPONSABILE DI
STRUTTURA**

Giudizio relativo al periodo

<input type="checkbox"/>	IDONEO	<input type="checkbox"/>	NON IDONEO
--------------------------	--------	--------------------------	------------

Prof. *Inserire* Fabrizio BERT

(scrivere in stampatello)

Firma



