



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".



## ESEMPIO COMPILAZIONE PER IL TIROCINIO SME0926 aa 2019/2020

È possibile una compilazione diversa da quella sotto indicata, avendo però cura di verificare che siano presenti le date, nel formato (gg/mm/aaaa) di svolgimento delle attività.

**Denominazione del tirocinio:**

**TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE SU SIMULATORE – II ANNO**

**Codice del tirocinio: SME0926– 2 CFU**

Non compilare

**Presidio ospedaliero** .....

**Struttura sanitaria** .....

Inserire la modalità di svolgimento delle attività. **Esempio: a distanza**

**Periodo di frequenza dal**

**Inserire il primo giorno dell'attività inerente anatomia umana  
al Inserire l'ultimo giorno dell'attività inerente fisiologia A.A. Inserire:  
2020/2021**

### DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTOR / DOCENTE
Riportare nella prima riga il titolo dell'attività del tirocinio ( <i>esempio: attività inerente il Tirocinio di Anatomia umana</i> )			
Inserire l'attività svolta a distanza inerente l'Anatomia Umana (una riga per ogni eventuale attività)	Inserire la data di svolgimento dell'attività	Inserire l'orario di svolgimento dell'attività	Riportare il nome e il cognome del Professore responsabile dell'attività (Prof. A. Vercelli)
Riportare il titolo della seconda attività del tirocinio ( <i>esempio: attività inerente il Tirocinio di Fisiologia</i> )			
Inserire il titolo dell'attività presente su piattaforma Moodle inerente Fisiologia (una riga per ogni eventuale attività)	Inserire la data in cui si è seguita l'attività su Moodle	Inserire l'orario in cui si è seguita l'attività su Moodle	Riportare il nome e il cognome del/della Professore/Professoressa responsabile dell'attività (Prof.ssa Claudia Penna, Prof Pasquale Pagliaro)
Inserire: Consegna compito inerente l'attività di Fisiologia	Inserire la data relativa alla consegna del compito su Moodle		



### ATTIVITA' ED OBIETTIVI

Lo studente/la studentessa dovrà acquisire, tramite una preparazione preliminare con appositi video didattici ed un'attività formativa in presenza presso il Centro di Simulazione Medica Avanzata condotta con l'ausilio di trainer specifici:

- Capacità di base nell'auscultazione cardiaca e polmonare
- Capacità di base nelle attività pratiche più comuni della professione medica
- Capacità di eseguire un monitoraggio ECG e di rilevare e interpretare i parametri vitali contestualizzati in semplici casi clinici in simulazione.

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Somministrazione di questionari valutativi test pre-tirocinio e test post-tirocinio con valutazione quantitativa a punteggio (0-10).

### 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.

.....  
(scrivere in stampatello)

Firma

.....

Per la comunità studentesca della coorte 2019/2020 INSERIRE Attività svolta in modalità a distanza come da delibera del Consiglio di Corso di studi del 22/12/2020

