

SCUOLA DI FORMAZIONE IN CHIRURGIA TORACICA

CORSO DI CHIRURGIA MINIINVASIVA

A.A. 2019



SCHEDA DI FREQUENZA E VALUTAZIONE

• **Dati anagrafici del partecipante**

Nome e cognome

Nato a..... il.....

Residenza.....

Struttura/Ente di appartenenza.....

Qualifica professionale

Mail

• **Centro tirocinio Periferico**

.....

• **Giorni ed ore di frequenza**

data..... ore..... data..... ore.....

data..... ore..... data..... ore.....

data..... ore..... data..... ore.....

• **Tipologia e numero interventi a cui partecipato**

Tipo..... n.
Tipo..... n.
Tipo..... n.
Tipo..... n.
Tipo..... n.
Tipo..... n.

• **Tipo di partecipazione dell'allievo**

osservatore in n.interventi chirurgici

.

Descrizione.....
.....

• **Principali casi clinici analizzati**

-
-

Firma Tutor _____

Firma Allievo _____

- **Valutazione da parte del tutor**

	<i>INSUFFICIENTE</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
CONTINUITA' DI PRESENZA					
GRADO DI INTERESSE DIMOSTRATO					
PARTECIPAZIONE ATTIVA					
SVILUPPO-MIGLIORAMENTO DELLE CONOSCENZE					
SVILUPPO-MIGLIORAMENTO DELLE COMPETENZE TECNICHE					
VALUTAZIONE MEDIA					

Il Tutor
