



## ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI MAXILLO-FACCIALE (V anno)

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

**Tirocinante** (nome, cognome, matricola).....

.....

**Periodo** (date): dal ..... al .....

**Anno Accademico** .....

DATA	ATTIVITA' SVOLTA	DOCENTE	FIRMA
	Semeiotica e clinica cervico facciale		
	Concetti generali di anestesia loco-regionale		
	Esame obiettivo, in paziente con patologia articolare ATM		
	Suture cutanee e mucose		
	Partecipazione seduta operatoria day surgery ambulatoriale		
	Prime visite in pazienti con traumi		
	Partecipazione attività ambulatorio chirurgico specialistico Maxillo-Facciale		

## ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI MAXILLO-FACCIALE (V anno)

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

**Tirocinante** (nome, cognome, matricola).....

.....

**Periodo** (date): dal ..... al .....

**Anno Accademico** .....

### GIUDIZIO

OTTIMO

BUONO

SUFFICIENTE

INSUFFICIENTE

.....  
.....  
.....

Firma e timbro del referente o del tutor

## **DIARIO DI TIROCINIO**

**Tirocinante (nome, cognome, matricola) .....**

**UO/SOD .....**

**Tutor Aziendale.....**

**Anno Accademico.....**

Totale giorni: 10 - Totale ore: 60

**IL DIARIO DELLE PRESENZE DEVE ESSERE COMPILATO E FIRMATO GIORNALMENTE DAL TIROCINANTE E VISTATO E TIMBRATO DAL TUTOR AZIENDALE**

	Data	Ora ingresso	Firma ingresso	Ora uscita	Firma uscita	Ore totali	Note
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
RECUPERO							
RECUPERO							

**Firma e timbro del tutor .....**