



## ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI OTORINOLARINGOIATRIA (V anno)

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

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

.....

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

**Anno Accademico** .....

DATA	ATTIVITA' SVOLTA	DOCENTE	FIRMA
	Raccolta anamnesi in paziente Chirurgia maggiore/oncologica		
	Raccolta anamnesi in paziente Chirurgia funzionale		
	Esame obiettivo, in paziente Chirurgia maggiore/oncologico, prima dell'intervento		
	Esame obiettivo, in paziente Chirurgia funzionale, prima dell'intervento		
	Partecipazione seduta operatoria week surgery e day surgery		
	Partecipazione seduta operatoria di Chirurgia maggiore/oncologica		
	Partecipazione attività ambulatorio chirurgico specialistico Orl prime visite		

# ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI OTORINOLARINGOIATRIA (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 .....**