UNIVERSITÀ DI TORINO

CORSO DI LAUREA IN
INFERMIERISTICA DI AOSTA

Azienda USL Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste

VERBALE DI VALUTAZIONE DEL PERIODO DI APPRENDIMENTO DEL _____

NOME E COGNOME STUDENTE _____

SEDE DIDATTICA _____ PERIODO DI TIROCINIO _____

❍ 1º anno ❍ 2º anno A - B ❍ 3°anno A - B

PERIODO DI APPRENDIMENTO DAL _____ AL _____

La valutazione prende in considerazione il periodo di apprendimento. Per accedere all'esame di tirocinio lo studente deve avere l'idoneità in tutte le aree.

AREE APPRENDIMENTI	**GIUDIZIO**
COGNITIVA	o Idoneo o Non idoneo
TECNICA	o Idoneo o Non idoneo
RELAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA	o Idoneo o Non idoneo
RELAZIONE CON IL GRUPPO DI LAVORO	o Idoneo o Non idoneo
ORGANIZZATIVA	o Idoneo o Non idoneo
ACCESSO ALL'ESAME	**SI - NO**

SOSPENSIONE DEL TIROCINIO PER:

- RICHIESTA DELLO STUDENTE
- GRAVI LACUNE NELLE AREE DI APPRENDIMENTO
- ERRORI e/o OMISSIONI POTENZIALMENTE LESIVI DELL'INCOLUMITA' PSICO-FISICA DELL'UTENTE
- ELEVATO NUMERO DI ASSENZE/DISCONTINUITA' NELLA FREQUENZA DEL TIROCINIO
- DANNO ALL'IMMAGINE DELLE ISTITUZIONI DI APPARTENENZA/PROFESSIONE

Per presa visione Firma _____

Per accettazione Firma _____

COMMISSIONE	NOME E COGNOME (IN STAMPATELLO)	FIRMA
TUTOR CLI		
COORDINATORE INFERMIERISTICO		
INFERMIERE/A		
INFERMIERE/A		

Firma del Coordinatore CLI per presa visione _____

UNIVERSITÀ DI TORINO

CORSO DI LAUREA IN
INFERMIERISTICA DI AOSTA

Azienda USL Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste

VERBALE ESAME DI TIROCINIO DEL _____

NOME E COGNOME STUDENTE _____

SEDE DIDATTICA _____ PERIODO DI TIROCINIO _____

❍ 1º anno ❍ 2º anno A - B ❍ 3°anno A - B

L'idoneità si ottiene raggiungendo la sufficienza in tutte le aree. La valutazione finale è espressione di tutto il percorso di tirocinio.

AREE APPRENDIMENTI	GIUDIZIO	Legenda votazione
COGNITIVA	o Idoneo. _____ o Non idoneo _____	
TECNICA	o Idoneo. _____ o Non idoneo _____	Sufficiente 18-20 Discreto 21-23 Buono 24-26 Distinto 27-29 Ottimo 30/30 e lode
RELAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA	o Idoneo. _____ o Non idoneo _____	
RELAZIONE CON IL GRUPPO DI LAVORO	o Idoneo. _____ o Non idoneo _____	
ORGANIZZATIVA	o Idoneo. _____ o Non idoneo _____	
VALUTAZIONE	IDONEO _____ / 30 NON IDONEO	

Per presa visione Firma _____

Per accettazione Firma _____

COMMISSIONE	NOME E COGNOME (IN STAMPATELLO)	FIRMA
TUTOR		
COORDINATORE INFERMIERISTICO		
INFERMIERE/A		
INFERMIERE/A		

Firma del Coordinatore CLI per presa visione _____