



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia

Scuola di Specializzazione in
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

libretto per la registrazione delle attività formative

Medico Specializzando

Matricola n. _____

A. A. immatricolazione ____ / ____

Presentazione

Le attività formative che portano all'acquisizione della competenza specialistica sono distinte in:

- **attività formative didattiche** (comprendono lezioni, seminari, esercitazioni che sono tenute da un docente e si svolgono in aula per tutti gli studenti): assicurano l'acquisizione di conoscenze
- **attività formative professionalizzanti** (laboratori e tirocini si svolgono per piccoli gruppi e il docente è coadiuvato da alcuni tutori): assicurano l'acquisizione delle abilità e dei comportamenti necessari al futuro specialista

Ogni forma di attività conferisce crediti. I crediti si acquisiscono con la partecipazione e la valutazione positiva; quest'ultima può essere espressa direttamente come giudizio del Docente o del Tutore o richiedere una prova di esame.

Questo libretto registra la partecipazione dello Specializzando alle diverse attività, la valutazione in esse ottenuta, i crediti acquisiti. La compilazione del libretto è a cura dello Specializzando, frequenza e valutazione sono attestati dal Responsabile dell'Unità Operativa e dal Tutore.

Per Tutore si intende il docente designato annualmente dal Comitato Ordinatore / Consiglio della Scuola cui è stato assegnato lo specializzando ex d.lgs. 368/99.

Obiettivi

Il Comitato Ordinatore all'inizio dell'anno di corso definisce il piano formativo per lo specializzando definendone gli obiettivi che deve raggiungere e il piano delle rotazioni.

Schema di sintesi delle attività professionalizzanti obbligatorie

Le attività professionalizzanti obbligatorie previste nel D.M. 01 agosto 2005 per la scuola di Ginecologia ed ostetricia sono state attribuite al SSD presente nell'offerta formativa e sono state ripartite per anno di corso, avendone valutato il peso in termini di cfu.

Lo schema di seguito riportato fornisce una programmazione di massima delle attività che devono essere svolte entro il termine del corso di studi.

Attività	N. minimo prestaz.	Durata attività in ore	Ore totali	Tot. Cfù	TAF	Ambito	SSD	N. Cfù per anno di corso					Prestaz. per cfù
								1	2	3	4	5	
Interventi di alta chirurgia di cui il 10% come primo operatore, il resto come secondo	50	4	200	6,25	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40			1,88	1,88	2,5	8
Interventi di media chirurgia di cui il 25% come primo operatore, il resto come secondo	100	2	200	6,25	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40		0,94	1,56	1,56	2,19	16
Interventi di piccola chirurgia di cui il 40% come primo operatore, il resto come secondo	250	1	250	7,81	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	0,78	0,78	1,56	2,34	2,34	32
attività diagnostica e prevenzione oncologica ginecologica	250	0,53	132,5	4,14	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	1,66	1,66	0,83			60,38
attività di diagnostica e prevenzione di patologie gravidiche	250	0,53	132,5	4,14	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	1,66	1,66	0,83			60,38
TOTALE				28,59				4,1	5,04	6,66	5,78	7,03	

ATTIVITA' CLINICHE DELLO SPECIALIZZANDO

ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA E PREVENZIONE IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA COMPREDONO:

La semeiotica clinica in ginecologia	
Il prelievo per l'esame colpocitologico (pap-test) e batteriologico	
Il prelievo citologico endometriale	
La vulvologia	
La colposcopia	
La biopsia del collo uterino	
La microcolpoisteroscopia	
L'isteroscopia	
L'ecografia ginecologica	
Il follow-up oncologico	
L'esame senologico	

ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA E PREVENZIONE DI PATOLOGIE GRAVIDICHE COMPREDONO:

Il controllo periodico clinico delle varie epoche di gravidanza	
L'ecografia ostetrica, A.F.I.	
La cardiotocografia	
L'amnioscopia	
Il counselling genetico	
La valutazione biofisica delle condizioni fetali	
La valutazione biochimica delle condizioni fetali	
Il counselling infettivologico	

GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA A BASSO GRADO DI DIFFICOLTA' COMPREDONO:

courettage endouterino	
Asportazione polipi cervicali	
Enucleazione o marsupializzazione delle cisti della ghiandola del Bartolini	

Amniorexi	
Assistenza al parto spontaneo	
Episiotomia	
Episioraffia	
Revisione della cavità uterina in ostetricia	
Biopsia-exeresi di lesioni palpabili del seno	

GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA A MEDIO GRADO DI DIFFICOLTA' COMPREDONO:

Isterectomia addominale semplice	
Vulvectomy semplice	
Interventi sugli annessi per patologia benigna	
Taglio cesareo (*)	
Applicazioni di vacum-extractor	
Secondamento manuale	
Sutura complicata del canale da parto	
Revisione post-partum ed in puerperio della cavità uterina	
Amniocentesi	
Laparoscopia diagnostica	
Isteroscopia diagnostica	
Tecniche di fecondazione assistita (inseminazione)	
Conizzazione con varie tecniche	
Biopsia su guida strumentale (ecografica o radiologica) di lesioni non palpabili	
Tumorectomia-quadrantectomia	
Mastectomia totale semplice	

GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA AD ELEVATO GRADO DI DIFFICOLTA' COMPREDONO:

taglio cesareo (*)	
Assistenza al parto podalico	
Isterectomia post-cesarea	
Taglio cesareo demolitore	
Villocentesi	
Cordocentesi	
Svuotamento dell'utero per mola vescicolare	
Assistenza ad interventi di chirurgia radicale in oncologia	
Isteroscopia operativa (metroplastica, miomi sottomucosi ecc.)	
Miomectomia	
Interventi correttivi della statica pelvica	
Intervento per endometriosi pelvica avanzata	
Interventi per addome acuto in ginecologia interventi per rottura d'utero	
Isterectomia vaginale	
Miomectomia in gravidanza e post-cesarea	
Laparoscopia operativa	
Biopsia linfonodo sentinella	
Dissezione linfonodale ascellare (associata o meno a mastectomia totale o a quadrantectomia – tumorectomia)	

(*) Su indicazioni del tutor relativamente alle difficoltà previste

1° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale)

TAF	Ambito	SSD	Cfu	Insegnamento
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	BIO/13 BIOLOGIA APPLICATA	1	Biologia applicata
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	BIO/16 ANATOMIA UMANA	1	Anatomia umana
Tronco comune	Diagnostico	BIO/12 BIOCHIMICA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA	1	BIOCHIMICA clinica e Biologia molecolare clinica
Tronco comune	Diagnostico	MED/05 PATOLOGIA CLINICA	1	Patologia clinica
Tronco comune	Diagnostico	MED/07 MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA	1	Microbiologia e microbiologia clinica
Tronco comune	Diagnostico	MED/08 ANATOMIA PATOLOGICA	1	Anatomia patologica 1
Attività elettive	Discipline elettive per le tipologie della classe	MED/13 ENDOCRINOLOGIA	1	Endocrinologia - profilo a
Attività elettive	Discipline elettive per le tipologie della classe	MED/13 ENDOCRINOLOGIA	1	Endocrinologia - profilo b
Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Elementi di Ostetricia
Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Chirurgia Ostetrica
Affini e integrative	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/17 MALATTIE INFETTIVE	1	Malattie infettive
Altre attività	Altre attività		1	Lingua e traduzione -lingua inglese

2. Attività Formativa Professionalizzante

[Elenco delle attività professionalizzanti per la tipologia, distinte in obbligatorie, da piano o elettive, secondo il piano didattico presentato dal Comitato Ordinatore in Facoltà]

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Lavoratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Chirurgia generale 1 (almeno 10 cfu)		MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Urologia (almeno 2 cfu)		MED/24 Urologia Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Neurochirurgia	2	MED/27 Neurochirurgia Ambito clinico	Dipartimento di Neuroscienze		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Malattie apparato locomotore	2	MED/33 Malattie apparato locomotore Ambito clinico	Clinica ortopedica		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Ginecologia e ostetricia	2	MED/40 Ginecologia e ostetricia Ambito clinico	Clinica Ginecologica e Ostetrica Università di Padova		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 1° anno:

Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore/Referente della Scuola

Il Direttore/Referente dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il PRIMO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

____ / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore/Referente della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

2° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale)

TAF	Ambito	SSD	Cfu	Insegnamento
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/03 GENETICA MEDICA	1	Genetica Medica
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/06 ONCOLOGIA MEDICA	1	Oncologia medica
Tronco comune	Clinico	MED/42 IGIENE GENERALE E APPLICATA	1	Igiene generale e applicata
Tronco comune	Diagnostico	MED/36 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	1	Diagnostica per immagini e radioterapia 1
Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia e ostetricia: fisiologia della gravidanza
Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia e ostetricia: endocrinologia ostetrica
Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia e ostetricia: diagnostica strumentale in ostetricia
Affini e integrative	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/35 MALATTIE CUTANEE E VENEREE	1	Malattie cutanee e veneree
Altre attività	Altre attività		1	Lingua e traduzione -lingua inglese

2. Attività Formativa Professionalizzante

[Elenco delle attività professionalizzanti per la tipologia, distinte in obbligatorie, da piano o elettive, secondo il piano didattico presentato dal Comitato Ordinatore in Facoltà]

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Lavoratori e nei Reparti Clinici. Si svolge con la guida di un Tutore in periodi, indicati nel calendario, liberi dall'attività didattica irrinunciabile ed elettiva, per gruppi precostituiti di Studenti ed è finalizzata al raggiungimento di obiettivi specifici diversi nelle singole sedi formative.

Un'eventuale valutazione negativa al termine dell'attività formativa professionalizzante esclude lo studente dall'iscrizione all'anno successivo e comporta la ripetizione del tirocinio stesso.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti **OBBLIGATORIE (2A)**;
- b) le **ALTRE** attività professionalizzanti – **ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)**

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di media chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Attività diagnostica e prevenzione oncologica ginecologica

[almeno 100 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

D – Attività diagnostica e prevenzione di patologie gravidiche

[almeno 100 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Chirurgia generale 2 (almeno 10 cfu)		MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Urologia 2	2	MED/24 Urologia Ambito clinico	Clinica Urologica		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Neurochirurgia 2	2	MED/27 Neurochirurgia Ambito clinico	Dipartimento di Neuroscienze		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Malattie apparato locomotore 2	2	MED/33 Malattie apparato locomotore Ambito clinico	Clinica ortopedica		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Ginecologia e ostetricia 2	2	MED/40 Ginecologia e ostetricia Ambito clinico	Istituto di Anestesia e Rianimazione		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Anestesiologia 1	1	MED/41 Anestesiologia Ambito clinico	Clinica Ginecologica e Ostetrica Università di Padova		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Medicina interna 1 (almeno 1 cfu)		MED/09 Medicina interna			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
			Ambito emergenza e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

3. Altre Attività

(1 CFU: 25 ore)

Lo Specializzando sceglie, nell'ambito dell'offerta didattica di Facoltà, alcuni eventi culturali (corsi monografici, forum, internati, stage, ecc.). Ogni manifestazione didattica regolarmente frequentata dà adito a crediti. Lo studente deve registrare in questo spazio la partecipazione all'evento didattico, indicandone tipologia e titolo, *insegnamento di riferimento* e numero di crediti attesi. La valutazione è a cura del Docente , la cui firma attesta anche l'avvenuta frequenza. In questo spazio si potranno registrare anche le attività elettive professionalizzanti.

Data	Attività	Ore	Crediti	Firma del docente

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 2° anno:

Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore/Referente della Scuola

Il Direttore/Referente dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il SECONDO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

I _ I _ / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore/Referente della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

3° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale)

TAF	Ambito	SSD	CFU	INSEGNAMENTO
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/08 ANATOMIA PATOLOGICA	1	Anatomia patologica 2
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/36 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	1	Diagnostica per immagini e radioterapia 2
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/37 NEURORADIOLOGIA	1	Neuroradiologia 1
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia oncologica preventiva
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia: procreazione medicalmente assistita
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia: pianificazione familiare
Affini, integrative e interdisciplinari	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/38 PEDIATRIA GENERALE E SPECIALISTICA	1	Pediatria generale e specialistica
Altre attività'	Altre attività	L-LIN/12 LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE	1	Lingua inglese 3

2. Attività Formativa Professionalizzante

[Elenco delle attività professionalizzanti per la tipologia, distinte in obbligatorie, da piano o elettive, secondo il piano didattico presentato dal Comitato Ordinatore in Facoltà]

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Lavoratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 50 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

D – Attività diagnostica e prevenzione oncologica ginecologica

[almeno 50 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

E – Attività diagnostica e prevenzione di patologie gravidiche

[almeno 50 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Chirurgia generale 3 (almeno 10 cfu)		MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Urologia 3 (almeno 2 cfu)		MED/24 Urologia Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Neurochirurgia 3	2	MED/27 Neurochirurgia Ambito clinico	Dipartimento di Neuroscienze		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Malattie apparato locomotore 3	2	MED/33 Malattie apparato locomotore Ambito clinico	Clinica ortopedica		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Ginecologia e ostetricia 3	2	MED/40 Ginecologia e ostetricia Ambito clinico	Clinica Ginecologica e Ostetrica Università di Padova		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Medicina Interna 2	1	MED/09 Medicina interna Ambito Emergenze e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

3. Altre attività e Prova finale

(1 CFU: 25 ore)

Lo Specializzando sceglie, nell'ambito dell'offerta didattica di Facoltà, alcuni eventi culturali (corsi monografici, forum, internati, stage, ecc.). Ogni manifestazione didattica regolarmente frequentata dà adito a crediti. Lo studente deve registrare in questo spazio la partecipazione all'evento didattico, indicandone tipologia e titolo, *insegnamento di riferimento* e numero di crediti attesi. La valutazione è a cura del Docente, la cui firma attesta anche l'avvenuta frequenza.

In questo spazio si potranno registrare anche le attività elettive professionalizzanti.

Data	Attività	Ore	Crediti	Firma del docente

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 3° anno:

Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore/Referente della Scuola

Il Direttore/Referente dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il TERZO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

__ / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore/Referente della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

4° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale)

TAF	Ambito	SSD	CFU	INSEGNAMENTO
Caratterizzanti-tronco comune	Clinico	MED/41 ANESTESIOLOGIA	1	Anestesiologia 1
Caratterizzanti-tronco comune	Clinico	MED/43 MEDICINA LEGALE	1	Medicina legale 1
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/36 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	1	Diagnostica per immagini e radioterapia 3
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/37 NEURORADIOLOGIA	1	Neuroradiologia 2
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Chirurgia ginecologica vaginale
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Chirurgia ginecologica endoscopica
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia medica
Affini, integrative e interdisciplinari	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/16 REUMATOLOGIA	1	Reumatologia
Altre attività	Altre attività		1	Lingua e traduzione -lingua inglese 4

2. Attività Formativa Professionalizzante

[Elenco delle attività professionalizzanti per la tipologia, distinte in obbligatorie, da piano o elettive, secondo il piano didattico presentato dal Comitato Ordinatore in Facoltà]

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Lavoratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 75 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	Cfu	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Urologia 4 (almeno 1 cfu)		MED/24 Urologia Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
						<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Neurochirurgia 4	1	MED/27 Neurochirurgia Ambito clinico	Dipartimento di Neuroscienze		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Malattie apparato locomotore 4	1	MED/33 Malattie apparato locomotore Ambito clinico	Clinica ortopedica		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Ginecologia e ostetricia 4	1	MED/40 Ginecologia e ostetricia Ambito clinico	Clinica Ginecologica e Ostetrica Università di Padova		<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 4° anno:

Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore/Referente della Scuola

Il Direttore/Referente dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il QUARTO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

__ / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore/Referente della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

5° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale)

TAF	Ambito	SSD	CFU	INSEGNAMENTO
Caratterizzanti-tronco comune	Clinico	MED/43 MEDICINA LEGALE	1	Medicina legale 2
Caratterizzanti-tronco comune	Diagnostico	MED/36 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	2	Diagnostica per immagini e radioterapia 4
Caratterizzanti-tronco comune	Emergenza e pronto soccorso	MED/24 UROLOGIA	1	Patologie urologiche
Caratterizzanti-tronco comune	Emergenza e pronto soccorso	MED/27 NEUROCHIRURGIA	1	Patologie neurochirurgiche
Caratterizzanti-tronco comune	Emergenza e pronto soccorso	MED/33 MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE	1	Traumatologia d'urgenza
Caratterizzanti-tronco comune	Emergenza e pronto soccorso	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	Patologie ginecologiche ed ostetriche
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia oncologica medica
Caratterizzanti - discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	Ginecologia oncologica chirurgica
Affini, integrative e interdisciplinari	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/19 CHIRURGIA PLASTICA	1	Chirurgia plastica
Altre attività	Altre attività		1	Lingua e traduzione -lingua inglese 5

2. Attività Formativa Professionalizzante

[Elenco delle attività professionalizzanti per la tipologia, distinte in obbligatorie, da piano o elettive, secondo il piano didattico presentato dal Comitato Ordinatore in Facoltà]

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Lavoratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 20 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 35 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 75 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Data	Attività	Ore	Crediti	Firma del docente

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 5° anno:

Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore
Nome del tutore	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	Firma e timbro del tutore

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore/Referente della Scuola

Il Direttore/Referente dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il QUINTO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

__ / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore/Referente della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:
