

**Modulo territoriale** (11 settimane) -

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Sospensione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tirocinante: dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

Valutatore \_\_\_\_\_ **Distretto sanitario di** \_\_\_\_\_

Il tirocinante ha dimostrato di possedere una competenza professionale che viene rappresentata con una X sulle scala lineare:

RSA: Trainer valutatore _____	Insuff.	Sufficiente	ottimo	
	_____	_____	_____	
Il tirocinante ha frequentato il percorso formativo per il monte ore stabilito?	Si	No	Deve recuperare n° ore _____	
Timbro e firma				
Hospice-cure palliative territoriali: Trainer _____	Insuff.	Sufficiente	ottimo	
	_____	_____	_____	
Il tirocinante ha frequentato il percorso formativo per il monte ore stabilito?	Si	No	Deve recuperare n° ore _____	
Timbro e firma				

Valutazione complessiva frequenza modulo distrettuale	Insuff.	Sufficiente	ottimo	
	_____	_____	_____	

Il tirocinante ha frequentato il percorso formativo per il monte ore stabilito? Si No Deve recuperare n° ore \_\_\_\_\_

Giudizio analitico:

Data

timbro e firma