

CEFORMED – Centro di Formazione per l'Assistenza Sanitaria  
Via Galvani n.1 – 34074 MONFALCONE (GO)

## FOGLIO VALUTAZIONE

Sottomodulo di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Valutatore \_\_\_\_\_ Attività pratica: \_\_\_\_\_

Giudizio Sintetico:

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

Insufficiente

Sufficiente

Ottimo

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Giudizio analitico e aspetti di eccellenza

Punti deboli da correggere e/o migliorare

Ha superato positivamente il periodo di frequenza nel Suo reparto/studio?

Si

No

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL TRAINER/TUTOR