**LIBRETTO DI VALUTAZIONE DEL TIROCINANTE**

Tirocinante (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo svolgimento tirocinio: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma del Coordinatore dei Tirocini, Prof.ssa Manuela Pennisi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il presente foglio deve essere firmato giornalmente dal tutor che segue l’attività del tirocinante.***

**VALUTAZIONE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacità e Competenze** | **VALUTAZIONE**(in trentesimi) |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto terapista-paziente?  |  |
| Sa individuare le problematiche psico-fisiche del paziente?  |  |
| Si dimostra capace di inquadrare le fragilità del paziente? |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi all’intervento riabilitativo? |  |
| Dimostra sensibilità nei confronti del paziente e dei familiari? |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di adeguamento del contesto ambientale? |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario? |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole e dell’organizzazione del reparto (o ambulatorio) e della Struttura? |  |
| Interagisce correttamente col personale medico e infermieristico e con i terapisti?  |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell’equipe? |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo? |  |

**VALUTAZIONE FINALE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APPROVATO/NON APPROVATO

VOTO FINALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in trentesimi)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore dei Tirocini, Prof.ssa Manuela Pennisi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Lo studente è responsabile del presente libretto che deve essere compilato da ogni tutor con cui viene svolta l’attività del tirocinio. Al termine delle attività previste, lo studente dovrà inviare il libretto, opportunamente compilato, alla Coordinatrice dei Tirocini Prof.ssa Pennisi all’indirizzo e-mail manuelapennisi78@gmail.com.