

**SINTESI ATTIVITA' PER TORAGGIO INDIVIDUALE
INFERMIERE GUIDA DI TIROCINIO**

ANNO _____

N° TURNI	N° ORE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ SVOLTA
		STUDENTI 1°ANNO: <input type="checkbox"/> Attività a procedura definita <input type="checkbox"/> Accertamento infermieristico (identificazione bisogni assistenziali) <input type="checkbox"/> Competenze relazionali di base
		STUDENTI 2°ANNO: <input type="checkbox"/> Attività a procedura definita secondo EBN <input type="checkbox"/> Pianificazione assistenza standard <input type="checkbox"/> Pensiero critico <input type="checkbox"/> Abilità relazionali
		STUDENTI 3°ANNO: <input type="checkbox"/> Attività a procedura definita <input type="checkbox"/> Pianificazione assistenza standard/avanzata <input type="checkbox"/> Pensiero critico <input type="checkbox"/> Abilità relazionali in ambito educativo
TOT. TURNI	TOT. ORE	

Data _____ Firma Infermiere Guida _____

Firma Coordinatore Struttura/Servizio

Firma Coordinatore Attività formative Corso di Laurea

**Questo registro, una volta compilato e firmato, deve essere consegnato
al Coordinatore attività formative Corso di Laurea in Infermieristica entro
Il 15 Gennaio.**



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Corso di Laurea in Infermieristica

Polo didattico di Schio
Via S. Camillo de Lellis 1, 36015 Schio (Vi)
tel 0445 509780
e-mail: cd-inf@aulss7.veneto.it



**INFERMIERE GUIDA DI TIROCINIO
REGISTRO DELLE ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO**

Il sottoscritto (Cognome Nome)

Codice Fiscale _____

Matricola _____

Azienda/Ente/Struttura _____

DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTOVICENTINO

Ospedale- U.O. _____

Qualifica professionale _____

Ordine professionale _____ Prov. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di documentazione Amministrativa,

Dichiara di

aver svolto attività di tutoraggio individuale nell'anno _____ come riportato nelle pagine successive.

Luogo e data: _____

Firma per esteso _____

Giorno	GENNAIO			FEBBRAIO			MARZO			APRILE			
	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
6							6						
7							7						
8							8						
9							9						
10							10						
11							11						
12							12						
13							13						
14							14						
15							15						
16							16						
17							17						
18							18						
19							19						
20							20						
21							21						
22							22						
23							23						
24							24						
25							25						
26							26						
27							27						
28							28						
29							29						
30							30						
31							31						
TOTALE							TOTALE						

COGNOME NOME INFERMIERE _____

COGNOME NOME INFERMIERE _____

FIRMA _____

FIRMA _____

MAGGIO				GIUGNO			LUGLIO				AGOSTO		
Giorno	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Giorno	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
6							6						
7							7						
8							8						
9							9						
10							10						
11							11						
12							12						
13							13						
14							14						
15							15						
16							16						
17							17						
18							18						
19							19						
20							20						
21							21						
22							22						
23							23						
24							24						
25							25						
26							26						
27							27						
28							28						
29							29						
30							30						
31							31						
TOTALE							TOTALE						

COGNOME NOME INFERMIERE _____

COGNOME NOME INFERMIERE _____

FIRMA _____

FIRMA _____

SETTEMBRE				OTTOBRE			NOVEMBRE				DICEMBRE		
Giorno	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Giorno	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente	Turno M P N	N° Ore	Cognome Nome Studente
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
6							6						
7							7						
8							8						
9							9						
10							10						
11							11						
12							12						
13							13						
14							14						
15							15						
16							16						
17							17						
18							18						
19							19						
20							20						
21							21						
22							22						
23							23						
24							24						
25							25						
26							26						
27							27						
28							28						
29							29						
30							30						
31							31						
TOTALE							TOTALE						

COGNOME NOME INFERMIERE _____

COGNOME NOME INFERMIERE _____

FIRMA _____

FIRMA _____