

MODULO PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE
compilare in ogni sua parte ed inviare per posta elettronica al seguente indirizzo:

fcl-med-info4@unito.it

*** Denominazione dell'attività elettiva:**

L'attività professionale dell'infermiere negli studi dei Medicina di Medicina Generale.

Anno accademico:

2017/2018

*** Tipologia:**

- X Stage (in caso di stage è necessario compilare anche Modulo 1)
- Seminari
- Congressi
- Laboratori – Esercitazioni

(in caso di ADE con impegno di spesa è necessario compilare anche Modulo. 2)

*** Anno di corso per cui è possibile iscriversi:**

- 1°
- 2° X
- 3° X

*N. studenti ammessi per ogni edizione	*N. totale di ore previste per l'attività elettiva	CFU
10	60 ore	1

*** Criteri di selezione dei partecipanti in caso di soprannumero di richieste:**

Colloquio per la valutazione delle motivazioni di adesione all'attività didattica

*** Modalità d'iscrizione:**

- on line sul sito corso di laurea
- X indirizzo mail docente o tutor proponente
- altro

*** Docente o Tutor proponente l'attività elettiva:**

Luigi Cirio, Lucia Galaverna,

Recapito telefonico:

3351328335

Fax

Cellulare (il dato è facoltativo e sarà pubblicato sul sito del Corso di laurea)

e-mail:

luigi.cirio@unito.it

***Struttura in cui si svolge l'attività elettiva:**

Studio Medico

***Indirizzo (via, numero civico, città, aula ecc.):**

Via Madame Cristina 49

*** Descrizione dell'attività ed obiettivi formativi** (compilare questa parte oppure allegare progetto dell'attività proposta):

- Analizzare le attività assistenziali svolte dal personale infermieristico presente nel centro.
- Individuare le attività professionali di carattere assistenziale ed educativa realizzabili nel servizio e attualmente non realizzate.
- Predisporre un documento contenente le attività professionali realizzabili presso gli studi associati dei MMG al fine di promuovere la presenza degli infermieri in tali ambiti assistenziali.

*** Modalità secondo la quale si svolgerà la valutazione**(colloquio, presentazione di una relazione, prova pratica ecc):

Relazione finale inerente la descrizione delle attività assistenziali svolte nel centro.

*** Calendario** (in caso di stage compilare il calendario del Modulo 1):

L'attività di Stage si svolgerà con una programmazione concordata tra CLI e lo Studio Medico in modo funzionale al raggiungimento degli obiettivi didattici formulati.

Data 8 gennaio 2018

Firma
del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva
Dott. Luigi Cirio