



Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

SEDE

“Città della Salute e della Scienza di Torino”



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

Dipartimento di Scienze  
della Sanità Pubblica e  
Pediatrie

### LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE

compilare in ogni parte ed inviare tramite posta elettronica all'indirizzo:

[fcl-med-ade@unito.it](mailto:fcl-med-ade@unito.it)

ANNO ACCADEMICO: 2023-2024		
DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ ELETTIVA: LESTUDENIE IN TROGNOID e Herode di TERAPIA		
TIPOLOGIA: <input type="checkbox"/> Stage (Compilare anche Modulo 1) <input checked="" type="checkbox"/> Seminari <input type="checkbox"/> Congressi <input type="checkbox"/> Laboratori – Esercitazioni		ANNO DI CORSO A CUI È DESTINATA L'ATTIVITÀ: <input type="checkbox"/> 1° <input checked="" type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°
		COSTO <input type="checkbox"/> GRATUITA <input checked="" type="checkbox"/> IMPEGNO DI SPESA (obbligatorio compilare il Modulo. 2)
N. massimo di studenti ammessi per ogni edizione (in caso di iscritti < del 50% l'attività dovrà essere riprogrammata)	N. totale di ore previste per l'attività elettiva comprensive di studio autonomo	CFU (*vedi art.7 del regolamento)
25	6	
Criteri di selezione dei partecipanti in caso di soprannumero di richieste: DATA di iscrizione alla attività		
Modalità d'iscrizione		
<input checked="" type="checkbox"/> on line sul sito corso di laurea	<input checked="" type="checkbox"/> tramite mail al docente proponente	<input type="checkbox"/> altro: _____
Docente (Modulo) o Tutor responsabile della proposta dell'attività elettiva: dottoressa SILVIA GROTTU		
Docente conduttore l'attività elettiva: CPSI Spesso Sergio		
Recapito telefonico 3386550871	e-mail sergio.spesso@ircc.it	
Struttura in cui si svolge l'attività elettiva Sede del corso di Laurea Infermieristica Città della Salute	Indirizzo (via, numero civico, città, aula ecc.): VIA LOSMINI, TORINO	

Edizioni (la prenotazione aule è a carico del docente/conduuttore)	Indicare data e orario
<input checked="" type="checkbox"/> Unica	<input checked="" type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Compilare solo se l'edizione 1 sia già stata espletata)	<input type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
Descrizione dell'attività ed obiettivi formativi (compilare questa parte oppure allegare progetto dell'attività proposta): Promuovere un processo riflessivo attraverso un percorso metodologico al varco dell'errore nello svolgimento del percorso di tirocinio clinico, di errore si può parlare introdurre e definire di errore in sanità con la responsabilità professionale, etica, deontologica, civile e penale	
Modalità secondo la quale si svolgerà la valutazione (colloquio, presentazione di una relazione, prova pratica ecc): discutere in piccoli gruppi	
Data 20.8.23	Firma del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva S.C. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U Dirigente medico n. 12888R Dott.ssa Silvia GROTTOLO

A cura della segreteria

La commissione approva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Approvato al CCL	Data