



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)

<b>ANNO ACCADEMICO:</b>		
<b>DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ ELETTIVA:</b> ESPERIENZA COME PAZIENTE SIMULATO AL CORSO ATCN		
<b>TIPOLOGIA:</b> <input type="checkbox"/> Stage (Compilare anche Modulo 1) <input type="checkbox"/> Seminari <input type="checkbox"/> Congressi <input checked="" type="checkbox"/> <b>Laboratori – Esercitazioni</b>		<b>ANNO DI CORSO A CUI È DESTINATA L'ATTIVITÀ:</b> <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input checked="" type="checkbox"/> 3°
		<b>COSTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> GRATUITA <input type="checkbox"/> IMPEGNO DI SPESA (obbligatorio compilare il Modulo. 2)
<b>N. massimo di studenti ammessi per ogni edizione</b> (in caso di iscritti < del 50% l'attività dovrà essere riprogrammata)	<b>N. totale di ore previste per l'attività elettiva comprensive di studio autonomo</b>	<b>CFU</b> (*vedi art.7 del regolamento)
8	22.5	1.5
<b>Criteri di selezione dei partecipanti in caso di soprannumero di richieste:</b> ordine di iscrizione		
<b>Modalità d'iscrizione</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> on line sul sito corso di laurea	<input type="checkbox"/> tramite mail al docente proponente	<input type="checkbox"/> altro: _____
<b>Docente (Modulo) o Tutor responsabile della proposta dell'attività elettiva:</b>		
<b>Docente conduttore l'attività elettiva:</b> Ugolini Francesca		
<b>Recapito telefonico</b> 0116708128	<b>e-mail</b> francesca.ugolini@unito.it	
<b>Struttura in cui si svolge l'attività elettiva</b> Trat srl ATCN INTALIAN FACULTY	<b>Indirizzo (via, numero civico, città, aula ecc.):</b> Corso Moncalieri 219 Torino	

<b>Edizioni (la prenotazione aule è a carico del docente/conduuttore)</b>	<b>Indicare data e orario</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Unica</b>	<input type="checkbox"/> <b>da definire</b> 5-6-7 febbraio 2025 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>1°</b>	<input type="checkbox"/> <b>da definire</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____ <b>(Compilare solo se l'edizione 1 sia già stata espletata)</b>	<input type="checkbox"/> <b>da definire</b> <input type="checkbox"/>
<b>Descrizione dell'attività ed obiettivi formativi</b> (compilare questa parte oppure allegare progetto dell'attività proposta):	
<p>lo studente sarà coinvolto come attore simulato all'interno di un corso ATCN e avrà la possibilità di frequentare le lezioni teoriche e partecipare ai laboratori sulla gestione del trauma</p> <p>IN ALLEGATO PROGRAMMA DEL CORSO</p>	
<b>Modalità secondo la quale si svolgerà la valutazione</b> (colloquio, presentazione di una relazione, prova pratica ecc):	
PRESENTAZIONE DI UNA RELAZIONE SILL'ESPERIENZA FORMATIVA	
<b>Data</b>	<b>Firma</b> del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva
07-01-25	Ugolini Francesca

A cura della segreteria

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