

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

AFP Medicina del Territorio a.a. 2016/2017

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiaro che lo studente

_____ (_____)
(nome – cognome) (matricola)

ha frequentato il mio studio per l'Attività Formativa Professionalizzante -
Medicina del Territorio a.a. 2016/2017 - nei giorni

per un totale di 10 ore acquisendo le seguenti abilità:

- *Saper utilizzare cartelle informatiche della Medicina Generale del Territorio*
- *Saper Utilizzare gli strumenti di valutazione multidimensionale dei soggetti fragili*

con la seguente valutazione

SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO

(contrassegnare la casella di interesse)

Data

Timbro e Firma