

# FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

## AFP Medicina del Territorio a.a. 2017/2018

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. 2017/2018 – nei seguenti giorni: .....

per un totale di 20 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)

*Eventuali suggerimenti da parte del tutor al Presidente del Corso di Studi finalizzati al miglioramento dell'attività erogata:*

---

---

---

Data

Timbro e Firma