



## Corso di laurea in Fisioterapia – sede di Ferrara

### SCHEDA DI RILEVAZIONE DELL'ATTIVITA' DI TIROCINIO

ANNO ACCADEMICO ..... (anno solare .....)

Caro collega, questa scheda serve a rilevare l'attività complessiva di ciascuna Guida di tirocinio in modo da poter fornire i dati necessari perché tu possa richiedere :

- Eventuali incentivi       richiesta crediti ECM

E' necessario compilarla in modo preciso e restituirla al **Corso di Studio**

**entro il mese di dicembre dell'anno in corso** a Pia Marchi alla mail: du.fisioterapista@unife.it (anche per posta interna)

**Indirizzo:** Marchi Pia Corso di Studio in Fisioterapia c/o SIFA- Az.Osp. Univ. S.Anna Ferrara, via Giovecca 203 settore 15 rialzato (ex Pediatria)

Costituisce un'autocertificazione della guida di tirocinio, e perciò **va firmata**.

Ricordati di **tenere una fotocopia** dell'originale che invii!      **Grazie della collaborazione e buon lavoro.**

**Per chiarimenti.** Tel: 0532 236164-8105 e-mail: du.fisioterapista@unife.it

Nominativo Tutor/guida di tirocinio \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

lavoro a tempo pieno     lavoro part-time

intensiva (indicare se  UGC  UMR)     estensiva : \_\_\_\_\_

acuti Cona

**Incarico di referente** (che configura incompatibilità con pagamento tutoraggio )

: no, non ho un incarico;    sì, ho un incarico

L'attribuzione dei crediti ECM va richiesta a <http://www.cogeaps.it/>

RIASSUNTO ANNUALE .....(indicare l'anno)

Nome Tutor

.....

anno .....	ore	giorni	totale studenti
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
Luglio			
Agosto			
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			

data

Firma







Novembre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Studente/Anno di			
Dicembre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Studente/Anno di		

Data \_\_\_\_\_

Firma Guida di Tirocinio \_\_\_\_\_