

Università degli Studi di Cagliari
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria

SCHEDA VALUTAZIONE TIROCINIO VI ANNO I SEMESTRE

Lo studente deve presentare questa scheda al Responsabile del tirocinio per la valutazione finale del tirocinio.

Il Responsabile del tirocinio dovrà debitamente compilare la parte di sua competenza.

Una volta ottenuti giudizi e firma di tutti i Responsabili di tirocinio dell'anno di riferimento lo studente dovrà consegnare questa scheda alla segreteria didattica del Corso di studi che provvederà ad inoltrarla al coordinatore del Tirocinio ed al coordinatore del Corso di Laurea ai fini della verbalizzazione complessiva del tirocinio.

NB: La verbalizzazione potrà essere effettuata solo previa consegna di questo modulo compilato in tutte le sue parti.

Dati studente*

NOME	COGNOME	MATRICOLA	ANNO DI CORSO	RECAPITO TELEFONICO	E MAIL

**a cura dello studente*

Valutazione tirocinio VI ANNO I semestre**

Corso integrato	Denominazione Insegnamento	Responsabile del Tirocinio (nome e cognome)	Giudizio (Idoneo/non idoneo)	Firma Responsabile del Tirocinio
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 1 SEMESTRE	Tirocinio professionale Chirurgia maxillo-facciale	Prof. M. Foresti		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 1 SEMESTRE	Tirocinio professionale Chirurgia odontostomatologica	Prof. V. Garau		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 1 SEMESTRE	Tirocinio professionale Clinica odontostomatologica	Prof. V. Piras		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 1 SEMESTRE	Tirocinio professionale Odontoiatria conservatrice	Prof.ssa E. Cotti		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 1 SEMESTRE	Tirocinio professionale Ortognatodonzia e gnatologia	Prof. V. Piras		

***a cura del Responsabile del Tirocinio*

*Firma per ricevuta
Segreteria del corso di Laurea*