

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

SCHEDA VALUTAZIONE TIROCINIO VI ANNO II 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 II semestre**

Corso integrato	Denominazione Insegnamento	Responsabile del Tirocinio (nome e cognome)	Giudizio (Idoneo/non idoneo)	Firma Responsabile del Tirocinio
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 2 SEMESTRE	Tirocinio professionale Parodontologia	Prof. C. Coiana		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 2 SEMESTRE	Tirocinio professionale Pedodonzia	Prof.ssa G. Denotti		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 2 SEMESTRE	Tirocinio professionale Protesi dentaria	Prof. E. Spinas		
TIROCINIO PROFESSIONALE 6 ANNO 2 SEMESTRE	Tirocinio professionale Radiologia	Pro. E. Genovese		

***a cura del Responsabile del Tirocinio*

*Firma per ricevuta
Segreteria del corso di Laurea*