



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e
Biotechnologiche

CORSO DI LAUREA
FISIOTERAPIA

Presidente: Prof.ssa Irene Ciancarelli

Libretto delle
Attività di Tirocinio

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e
Biotechnologiche

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Anno accademico _____

FOTO

Matricola _____

Studente _____

Firma _____

Profilo Professionale del Fisioterapista

Decreto 14 settembre 1994, n.741

Art.1

- 1) E' individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.
- 2) In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:
 - a. elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
 - b. pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
 - c. propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
 - d. verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.
- 3) Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali.
- 4) Il fisioterapista, attraverso la formazione complementare, integra la formazione di base con indirizzi di specializzazione nel settore della psicomotricità e della terapia occupazionale:
 - a. la specializzazione in psicomotricità consente al fisioterapista di svolgere anche l'assistenza riabilitativa sia psichica che fisica di soggetti in età evolutiva con deficit neurosensoriale o psichico;
 - b. la specializzazione in terapia occupazionale consente al fisioterapista di operare anche nella traduzione funzionale della

motricità residua, al fine dello sviluppo di compensi funzionali alla disabilità, con particolare riguardo all'addestramento per conseguire l'autonomia nella vita quotidiana, di relazione (studio-lavoro- tempo libero), anche ai fini dell'utilizzo di vari tipi di ausili in dotazione alla persona o all'ambiente.

- 5) Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministro della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.
- 6) Il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Art.2

- 7) Il diploma universitario di fisioterapista conseguito ai sensi dell'art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.

Art.3

- 8) Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art.2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Estratto da:

CODICE DEONTOLOGICO DEL FISIOTERAPISTA

APPROVATO DALLA DIREZIONE NAZIONALE A.I.FI. IL 07 OTTOBRE 2011

TESTO RIVISTO DA CITTADINANZATTIVA (Tribunale per i Diritti del Malato e Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici)

Art. 1 Definizioni e campo di applicazione

Il Codice Deontologico del Fisioterapista è l'insieme, condiviso, delle regole, dei principi e dei valori insiti nella relazione di cura ed una guida che orienta la responsabilità professionale intesa non solo nel suo significato giuridico ma, anche, nel suo più autentico e profondo significato etico.

Il Fisioterapista, all'atto della sua iscrizione all'AIFI, si riconosce nelle indicazioni deontologiche e si impegna, attivamente e responsabilmente, a rispettarle ed a promuoverle nella relazione di cura, nei rapporti intra ed inter-professionali e in quelli con le istituzioni.

Art. 2 Responsabilità disciplinare

La violazione delle regole di condotta contenute nel presente Codice Deontologico è fonte di responsabilità disciplinare che integra le eventuali ulteriori sanzioni previste dalle norme giuridiche e dai contratti di lavoro.

Art. 4 Rispetto della vita, della dignità e della libertà della persona: diritto alla salute

Il Fisioterapista esercita la professione nel pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona umana e si impegna a promuoverli.

Il Fisioterapista, riconoscendo che il diritto alla salute è funzionale allo sviluppo della personalità umana, orienta e finalizza la sua attività alla tutela della vita e della salute della persona intesa nell'accezione più ampia del termine promuovendone la libertà e la dignità.

Art. 5 Tutela della fragilità

Il Fisioterapista si impegna a promuovere la salute nella sua dimensione bio-psico-sociale, a interagisce con l'ambiente per fare in modo che questo non sia di ostacolo all' indipendenza delle persone e si adopera per evitare che la disabilità possa essere causa di discriminazione sociale e/o di emarginazione.

Art. 29 Segreto professionale

Il Fisioterapista è tenuto a mantenere il segreto su tutto ciò che apprende o che può conoscere in ragione della sua professione: l'oggetto del segreto non è solo quanto riferito direttamente dalla persona (o dai suoi familiari) ma anche quanto letto, visto, udito e percepito all'interno della relazione di cura.

Il Fisioterapista deve inoltre mantenere la massima riservatezza sulle prestazioni professionali effettuate. E' ammessa la rivelazione di notizie o informazioni solo ai responsabili della cura della persona assistita, salvo specifica richiesta o autorizzazione dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti, preventivamente informati sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa.

La rivelazione è altresì ammessa per l'adempimento di obblighi di legge e nei limiti di quanto a ciò necessario.

Art. 35 Decoro professionale

Il Fisioterapista si impegna a tutelare, attivamente e responsabilmente, il decoro personale proprio e della professione in ogni ambito e circostanza e si attiva, costantemente e senza vantaggio personale, a promuoverne il ruolo.

Art. 36 Solidarietà e rispetto

Il Fisioterapista impronta costantemente la sua attività professionale alla solidarietà e al rispetto di tutti i Colleghi di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto e contributo, tutelandone la dignità.

Non deve esprimere giudizi o critiche sull'operato di altri Colleghi in presenza di utenti o comunque di estranei e al di fuori degli organismi associativi.

**Regolamento Didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia
(abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista)
Anno Accademico 2014/2015**

Art. 12 – Tirocinio professionalizzante e Direttore delle attività didattiche

1. L'Ordinamento Didattico prevede l'acquisizione, da parte dello studente di 60 CFU nell'ambito disciplinare "TIROCINI". Le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente competenze specifiche previste dal profilo professionale. I crediti riservati al tirocinio sono da intendersi come impegno complessivo necessario allo studente per raggiungere le competenze professionali "core" indicate nell'art 2 del presente regolamento.

2. Il tirocinio professionale comprende:

- sessioni tutoriali che preparano lo studente all'esperienza;
- esercitazioni e simulazioni in cui si sviluppano le abilità tecniche, relazionali e metodologiche in situazione protetta prima o durante la sperimentazione nei contesti reali;
- esperienze dirette sul campo con supervisione;
- sessioni tutoriali e feedback costanti;
- compiti didattici, elaborati e approfondimenti scritti specifici e mandati di studio guidato.

3. Le sedi per il tirocinio professionale sono individuate nell'ambito delle strutture sanitarie e sociali delle Aziende convenzionate con l'Università attraverso i protocolli di intesa regionali o locali oppure, in misura non superiore ad un terzo dei crediti previsti (fatte salve motivate eccezioni) presso strutture esterne nazionali o estere convenzionate.

4. L'attività formativa pratica e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente (Direttore delle Attività Didattiche) appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe, nominato dal Consiglio di Corso di Laurea, sulla base dello specifico curriculum che esprime la richiesta esperienza professionale, non inferiore ai cinque anni, nell'ambito della formazione. Il Direttore delle Attività Didattiche è responsabile della pianificazione e dell'organizzazione del tirocinio: in collaborazione con i Tutori delle attività tecnico-pratiche elabora il progetto formativo del tirocinio annuale e lo propone all'approvazione del Consiglio di Corso di Laurea. Durante il tirocinio, il Direttore delle Attività Didattiche promuove costantemente la valutazione dell'apprendimento dello studente al fine di suggerire i correttivi necessari e per rendere più efficace il processo formativo. Tale monitoraggio del percorso dello studente sarà documentato su una apposita scheda di valutazione tesa a registrare i diversi livelli di competenza progressivamente raggiunti.

5. Al termine di ciascun anno di corso viene effettuata una valutazione certificativa del tirocinio svolto. Tale valutazione dovrà essere collegiale e, quindi, effettuata da una apposita commissione d'esame del tirocinio, formata da due Tutori e presieduta dal Direttore delle Attività Didattiche. Nel formulare il giudizio di esame tale commissione utilizzerà, nella misura definita dalle rispettive sedi e comunicata preventivamente agli studenti, i dati provenienti dalle schede di valutazione di ciascun periodo di tirocinio, da prove pratiche, da colloqui, da test scritti. Il risultato di tale valutazione darà luogo ad un voto espresso in trentesimi.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

- TIROCINIO -

OBIETTIVI FORMATIVI GENERALI:

- Conoscenza delle discipline medico-specialistiche e del loro articolarsi nell'ambito delle strutture sanitarie del nostro paese (strutture ospedaliere, strutture territoriali, sanità pubblica e privata accreditata, reparti, servizi, ecc).
- Conoscenza del campo di applicazione della disciplina riabilitativa (settore ortopedico-traumatologico, settore neurologico, settore neuropsichiatrico infantile, respiratorio, cardiologico, chirurgie generali e specifiche, geriatria, pediatria, neonatologia, medicina dello sport, ecc)
- Apprendimento delle modalità di relazione operatore-paziente, teoria dei ruoli, relazione di aiuto, capacità di ascolto e di rispetto del paziente.
- Conoscenza delle norme basilari della deontologia professionale (segreto professionale, relazione con i tutor, con i terapisti-guida, con i colleghi, con i pazienti, rispetto degli ambienti e delle regole delle strutture in cui si effettua il tirocinio.

OBIETTIVI FORMATIVI 1° ANNO DI CORSO

Osservazione del paziente in trattamento riabilitativo: comprensione delle problematiche patologiche da cui è affetto e delle alterazioni funzionali che comportano.

Individuazione degli obiettivi riabilitativi e prima conoscenza delle procedure e delle tecniche riabilitative.

Acquisizione di un iniziale linguaggio tecnico che consenta di relazionare sulle esperienze fatte.

OBIETTIVI FORMATIVI 2° ANNO DI CORSO

Valutazione, in ottica riabilitativa, del paziente affetto da problematiche di interesse neurologico, ortopedico-traumatologico, geriatrico, respiratorio.

La modalità valutativa prevede la capacità di riconoscere i segni delle principali affezioni del sistema nervoso centrale e periferico attraverso l'esame di:

-forza, tono, trofismo muscolari, sensibilità superficiali e profonde, alterazioni delle prassie, degli schemi posturali e deambulatori.

Prevede inoltre la capacità di effettuare un esame chinesiológico, muscolare e articolare nel paziente ortopedico e traumatizzato o chirurgico.

Fondamentale, nell'esecuzione delle valutazioni, la modalità di contatto col corpo del paziente, il tipo di presa sui segmenti corporei da esaminare.

Va sempre sottolineato che si ha a che fare con persone intere che non vanno confuse con le parti anatomiche compromesse.

OBIETTIVI FORMATIVI 3° ANNO DI CORSO

Alla luce dell'acquisita conoscenza delle forme patologiche e della loro storia naturale, effettuata una valutazione riabilitativa, si richiede allo studente la capacità di organizzare un piano di trattamento che comprenda **la presa in carico del paziente, l'individuazione degli obiettivi, la scelta delle procedure più idonee, la verifica dei risultati.**

Lo studente deve mostrare di aver appreso a rapportarsi col paziente e a gestire in autonomia le scelte terapeutico-riabilitative.

PROSPETTO RIASSUNTIVO ATTIVITÀ TIROCINIO – I° ANNO

(Compilazione a cura dello studente)

Studente _____

Anno accademico _____ / _____

	N° ORE	CFU
ESPERIENZE NELLE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE		
ESERCITAZIONI CORRELATE ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
STUDIO CORRELATO ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
ATTIVITÀ SEMINARIALI E INTEGRATIVE		
TOTALE		
FIRMA DELLO STUDENTE	La Direttrice delle attività didattiche professionalizzanti	

PROSPETTO RIASSUNTIVO ATTIVITÀ TIROCINIO – II° ANNO

(Compilazione a cura dello studente)

Studente _____

Anno accademico _____ / _____

	N° ORE	CFU
ESPERIENZE NELLE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE		
ESERCITAZIONI CORRELATE ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
STUDIO CORRELATO ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
ATTIVITÀ SEMINARIALI E INTEGRATIVE		
TOTALE		
FIRMA DELLO STUDENTE	La Direttrice delle attività didattiche professionalizzanti	

PROSPETTO RIASSUNTIVO ATTIVITÀ TIROCINIO – III° ANNO

(Compilazione a cura dello studente)

Studente _____

Anno accademico _____ / _____

	N° ORE	CFU
ESPERIENZE NELLE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE		
ESERCITAZIONI CORRELATE ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
STUDIO CORRELATO ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
ATTIVITÀ SEMINARIALI E INTEGRATIVE		
TOTALE		
FIRMA DELLO STUDENTE	La Direttrice delle attività didattiche professionalizzanti	

PROSPETTO RIASSUNTIVO ATTIVITÀ DI TIROCINIO
FINALIZZATA ALLA ELABORAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

III° ANNO

(Compilazione a cura dello studente)

Studente _____

Anno accademico _____ / _____

	N° ORE	CFU
ESPERIENZE NELLE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE		
ESERCITAZIONI CORRELATE ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
STUDIO CORRELATO ALLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO		
ATTIVITÀ SEMINARIALI E INTEGRATIVE		
TOTALE		
FIRMA DELLO STUDENTE	La Direttrice delle attività didattiche professionalizzanti	

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. PRESENZA (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. COMPETENZE RELAZIONALI (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
3. ABILITA' E CONOSCENZE (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____/____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
<p>1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)</p>				
<p>2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)</p>				
<p>3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)</p>				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____ Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico _____ / _____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
4. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
5. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
6. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL’AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____/____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell’equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA’ E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____ Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____/____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell' équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL’AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____/____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell’equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA’ E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____ Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL’AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell’equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA’ E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Table with 6 columns: Data, Dalle ore, Alle ore, Tot. ore, Firma studente, Firma Tutor/ Guida tirocinio. It contains multiple empty rows for recording data.

Table with 6 columns: Data, Dalle ore, Alle ore, Tot. ore, Firma studente, Firma Tutor/ Guida tirocinio. It contains multiple empty rows for recording data.

VALUTAZIONE

Table for evaluation with columns: CRITERI and GIUDIZIO (INSUFF., SUFF., BUONO, OTTIMO). It lists criteria like PRESENZA, COMPETENZE RELAZIONALI, and ABILITA' E CONOSCENZE.

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____ / ____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'equipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

ATTIVITÀ DI TIROCINIO ANNO ACCADEMICO _____

Allievo _____ Anno di corso _____

Anno accademico ____/____ Azienda ospitante/sede di tirocinio _____

Area/settore di riabilitazione _____

DAL _____ AL _____

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

Data	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	Firma studente	Firma Tutor/ Guida tirocinio

VALUTAZIONE

CRITERI	GIUDIZIO			
	INSUFF.	SUFF.	BUONO	OTTIMO
1. <u>PRESENZA</u> (Rispetto degli orari – Regolarità della frequenza)				
2. <u>COMPETENZE RELAZIONALI</u> (Deontologia nei rapporti con utenti e familiari – Integrazione nell'équipe – Decoro professionale)				
3. <u>ABILITA' E CONOSCENZE</u> (Precisione nello svolgimento delle attività assegnate – Capacità di risolvere i problemi)				
GIUDIZIO COMPLESSIVO				
NOTE				

Data _____

Il Terapista Tutor _____