



MODULO PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE – A.A. 2014/2015

AVVISO - AI SENSI DELL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO ATTIVITA' DIDATTICHE ELETTIVE, SI RICORDA: NEL CASO CHE LO STUDENTE ISCRITTO NON SI PRESENTI O NON ANNULLI L'ISCRIZIONE ON LINE, ENTRO I TERMINI PREVISTI, NON POTRA' ISCRIVERSI AD ALTRA ATTIVITA' ELETTIVA FINO AL SEMESTRE SUCCESSIVO.

Per l'approvazione da parte della Commissione per le Attività Elettive, compilare in ogni sua parte ed inviare al seguente indirizzo e-mail climed1.aslto2@unito.it

TITOLO ATTIVITÀ ELETTIVA

Il Centro di Salute Mentale visto da dentro

Tipologia

- Seminario/giornata di studio
- Congresso/Convegno
- Stage
- Altro (specificare

Anno di corso per cui è possibile iscriversi

- 1° anno
- 2° anno
- 3° anno

Requisiti per iscriversi

.....\.....
.....

Obiettivi formativi

Riconoscere le generali peculiarità dei CSM in riferimento alle responsabilità dell'infermiere.

Partecipanti e CFU riconosciuti				
n. studenti ammessi per ogni edizione (min/max) 75 studenti	n. totale di ore previste per ogni edizione	ore di studio autonomo giudicate necessarie per il raggiungimento degli obiettivi	ore complessive (attività didattica+ore di studio)	CFU
1	15	0	15	0.50

Programmazione delle attività

Osservazione delle attività svolte dal personale infermieristico nei confronti delle persone assistite, per l'organizzazione di tempo e risorse, per la gestione di eventuali urgenze psichiatriche ed in relazione con le altre figure professionali.

Modalità di Valutazione (colloquio, report, prova pratica.....)

Colloquio di valutazione qualitativa dell'esperienza vissuta.

Data/e di svolgimento

Dal 2 al 6 Novembre 2015

Docente o Tutor responsabile dell'attività (indicare numero di telefono,e-mail)

Nome e cognome ...Renato Porcu.....

Telefono...3476408811.....e-mail renato.porcu@unito.it.....

Nominativo studente (indicare numero di telefono,e-mail)

Nome e cognome Francesca Pizzarelli
.....

Telefono 3485672372. e-mail f.pizzarelli@outlook.com

Luogo di svolgimento dell'attività elettiva

ASL/ASOTO2..... Sede Corso Vercelli,15..... Servizio C.S.M.....

Via/Corso/PiazzaCorso Vercelli..... n° 15..... CittàTorino

Responsabile del ServizioDott. G. Emanuelli.....

Modalità d'iscrizione on line sul sito www.cliaslto2.unito.it

Data apertura iscrizioni.....

Data chiusura iscrizioni.....

Data, 18 Settembre 2015.....

Firma
Docente o Tutor responsabile dell'attività formativa


