



## MODULO PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE – A.A. 2013/2014

**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](mailto:climed1.aslto2@unito.it)

### TITOLO ATTIVITÀ' ELETTIVA

L'ICTUS CEREBRALE E LE SUE CONSEGUENZE: DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

### Tipologia

- Stage  
 Attività diverse da stage (seminari, congressi, ricerche, ...)

### Anno di corso per cui è possibile iscriversi

- 1°  
 2°  
 3°

### Requisiti dei partecipanti e criteri di selezione

Ordine d'iscrizione

### Obiettivi formativi

L'obiettivo è quello di affrontare congiuntamente le problematiche relative all'insorgenza dell'ictus cerebrale, alle conseguenze che ne derivano e, non ultima, alla rete gestionale dall'Ospedale al Territorio

Partecipanti e CFU riconosciuti			
n. studenti ammessi per ogni edizione (min/max)	n. totale di ore previste per l'attività elettiva comprensive di studio autonomo	Ore di studio autonomo giudicate necessarie per il raggiungimento degli obiettivi	CFU
20	7	7	0.5

### Programmazione delle attività

Vedi locandina allegata

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

Relazione da inviare entro 15 giorni dalla data dell'evento all'indirizzo: [climed1.aslto2@unito.it](mailto:climed1.aslto2@unito.it)

**Data/e di svolgimento**

Il giorno 15 febbraio 2014 dalle ore 9.00 alle ore 18.00

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

Cinzia Tortola  
e-mail: [cinzia.tortola@unito.it](mailto:cinzia.tortola@unito.it)  
tel: 011/7506939

**Luogo di svolgimento dell'attività elettiva**

Sede Sala Convegni ATC  
Corso Dante n°14 Città Torino

**In caso di Stage presso Strutture Sanitarie**

ASL/ASO ..... Sede ..... Servizio .....  
Via/Corso/Piazza ..... n° ..... Città .....  
Responsabile del Servizio .....

**Modalità d'iscrizione:**  on line sul sito [www.cliaslto2.unito.it](http://www.cliaslto2.unito.it)

Data apertura iscrizioni 28 gennaio 2014

Data chiusura iscrizioni 13 febbraio 2014

Data, 27 gennaio 2014

Firma  
Docente o Tutor responsabile dell'attività formativa  
Cinzia Tortola  
(firmato in originale)