A.S.L. TO 2
Azienda Sanitaria Locale
Torino

Corso di Laurea delle Professioni sanitarie
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede TO2

Università degli Studi di Torino
Scuola di Medicina

MODULO PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE – A.A. 2015/2016

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

ESPERIENZE AMBULATORIALI IN BRASILE: CONFRONTO TRA IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO E BRASILIANO

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

APPRENDERE, OSSERVARE, CONFRONTARE LA DIFFERENTE GESTIONE PREVALENTEMENTE AMBULATORIALE BRASILIANA PUBBLICA.

Partecipanti e CFU riconosciuti				
n. studenti ammessi per ogni edizione (min/max) 75 studenti	**n. totale di ore previste AMBULATORIALI per ogni edizione**	**ore di studio autonomo giudicate necessarie per il raggiungimento degli obiettivi**	**ore complessive (attività didattica+ore di studio)**	**CFU**
4	50	80	130	2

Programmazione delle attività

ESPERIENZA AMBULATORIALE (PARTECIPAZIONE A VISITE AMBULATORIALI), COLLOQUI MULTIDISCIPLINARI, RELAZIONE CON DEGENTI.

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

REPORT, Questionario

Data/e di svolgimento

14/04/2016 FINO AL 1/05/2016

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

Nome e cognome CINZIA TORTOLA

Telefono 0117506939 e-mail cinzia.tortola@unito.it

Nominativo conduttore/i ADE (indicare n° ore svolte per ciascun conduttore, numero di telefono,e-mail)

Nome e cognome

.....

.....

.....

Telefono..... e-mail .....

.....

....

.....

Luogo di svolgimento dell'attività elettiva

ASL/ASO ..... Sede HOSPITAL SAO JULIAO Servizio .....

Rua Lino Villacha..... n° ..... Città CAMPO GRANDE (MS)

Responsabile del Servizio SUOR SILVIA VECELLIO
Contatto: lino.pellizzero@hotmail.it (REFERENTE SIGNORA GABRIELLA)

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

Data apertura iscrizioni.....

Data chiusura iscrizioni.....

Data, ...25/1/2015.....

Firma
Docente o Tutor responsabile dell'attività formativa