



# Università degli Studi di Palermo

Scuola di Medicina e Chirurgia

Scuola di Specializzazione in Neurologia



Libretto – Diario del Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Matricola N° \_\_\_\_\_ Anno d'iscrizione \_\_\_\_\_

FOTO

## Presentazione

Le attività formative che portano all'acquisizione delle competenze specialistiche sono distinte in **attività formative didattiche** ed in **attività formative professionalizzanti**; le prime comprendono lezioni e seminari, le seconde esercitazioni o laboratori o tirocinio. Lezioni, seminari ed esercitazioni sono tenute dal Docente e si svolgono in Aula per tutti gli studenti; laboratorio e tirocinio si svolgono invece per piccoli gruppi ed in essi il Docente è coadiuvato da alcuni tutori.

L'**attività formativa didattica** assicura l'acquisizione delle conoscenze, quella **professionalizzante** delle abilità e dei comportamenti necessari. Quest'ultima è espressa direttamente come giudizio del Docente o del Tutore. Ogni forma di attività conferisce crediti. I crediti si acquisiscono con la partecipazione e la valutazione positiva.

Sono necessarie le seguenti **attività professionalizzanti obbligatorie** per il raggiungimento delle finalità didattiche Scuola:

- protocolli diagnostici clinici: almeno 100 casi eseguiti personalmente;
- casi clinici: almeno 250 casi, dei quali 100 seguiti in prima persona, inclusi quelli delle classiche malattie neurologiche croniche, delle urgenze neurologiche, malattie cerebrovascolari, malattie neurologiche rare, sindromi dolorose acute e croniche, discutendo impostazione e conduzione con lo specialista strutturato e/o il responsabile del reparto clinico;
- partecipazione alla conduzione, secondo le norme di buona pratica clinica, di almeno 3 sperimentazioni cliniche controllate;
- interpretazione e discussione di esami neuroradiologici e di neuroimmagini delle principali patologie: almeno 200 casi discussi direttamente con personale esperto;
- interpretazione e discussione di esami neurofisiologici (elettroencefalogrammi; potenziali evocati; elettromiografie e neurografie; EcoDoppler) delle principali malattie neurologiche: almeno 200 casi discussi direttamente con personale esperto;
- valutazione e discussione con lo specialista strutturato di esami eseguiti in centri di rianimazione a scopo di sospetto e/o accertamento della morte cerebrale: almeno 20 casi.
- valutazione, in almeno 50 pazienti, della disabilità, utilizzando appropriate scale funzionali e identificazione delle possibilità e degli strumenti di recupero, discutendo impostazione e conduzione con personale esperto;
- valutazione, in almeno 50 pazienti, del decadimento mentale mediante esami neurocognitivi, discutendo impostazione e conduzione con personale esperto;
- esami neuropatologici: almeno 20, includenti anche biopsie di muscolo o di nervo, discussi direttamente con personale esperto;
- prelievo di liquor: almeno 30 casi eseguiti personalmente, discutendo i rilievi e i risultati con personale esperto.

Questo libretto registra quotidianamente la partecipazione dello Specializzando alle diverse attività, la valutazione in esse ottenute, i crediti acquisiti.

La compilazione del libretto è a cura dello Specializzando, frequenza e valutazione sono attestati dal Docente o dal Tutore.

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**ANATOMIA**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


4

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**BIOCHIMICA**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


5

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**ANATOMIA PATOLOGICA**  
1 CFU (10 ore)

Docente	Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**FISIOLOGIA**  
1 CFU (10 ore)

Docente	Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica  
Lezioni e seminari

I° anno

**STATISTICA MEDICA**  
1 CFU (10 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

8

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**NEUROLOGIA: Neurochimica e neurochimica clinica**  
1 CFU (10 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

9

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

NEUROLOGIA: Neuroepidemiologia  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

10

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

NEUROLOGIA: Neurofisiologia clinica  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

11



Dr./Dott.ssa

N°matricola

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

I° anno

**NEUROLOGIA: Neuropsicologia**  
1 CFU (19 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

14

Dr./Dott.ssa

N°matricola

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

II° anno

**FARMACOLOGIA**  
1 CFU (10 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

15



Dr./Dott.ssa

N°matricola

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

II° anno

NEUROLOGIA: Neurogenetica  
1 CFU (10 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente


16

Dr./Dott.ssa

N°matricola

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

II° anno

NEUROLOGIA: Neurologia clinica I  
1 CFU (10 ore)

Docente

Data

Argomento

Firma docente


17



Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

II° anno

**NEUROLOGIA: Semeiotica neurologica I**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

II° anno

**NEUROLOGIA: Algie del cranio e della faccia**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

**OCULISTICA**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


22

55

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

**OTORINOLARINGOIATRIA**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


23

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N°matricola \_\_\_\_\_  
Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

NEUROLOGIA: Malattie della mielina  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Argomento \_\_\_\_\_ Firma docente \_\_\_\_\_

Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

NEUROLOGIA: Neuroimmunologia ed immunoreumatologia  
clinica 1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Argomento \_\_\_\_\_ Firma docente \_\_\_\_\_

Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

**NEUROLOGIA: Epilessie e disturbi del sonno  
1 CFU (10 ore)**

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

26

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

III° anno

**NEUROLOGIA: Malattie del motoneurone  
1 CFU (10 ore)**

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

27



Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

IV° anno

**MEDICINA LEGALE**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


30

98

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

IV° anno

**NEUROLOGIA: Disturbi cognitivi e demenze**  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente


31



**Dr./Dott.ssa**

**N°matricola**

**Dr./Dott.ssa**

**N°matricola**

**Attività formativa didattica**

**Attività formativa didattica**

**Lezioni e seminari**

**Lezioni e seminari**

**IV° anno**

**IV° anno**

**NEUROLOGIA: Disordini del movimento  
1 CFU (10 ore)**

**NEUROLOGIA: Malattie cerebrovascolari  
1 CFU (10 ore)**

**Docente**

**Docente**

**Data**

**Data**

**Argomento**

**Argomento**

**Firma docente**

**Firma docente**

Data	Argomento	Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_  
Attività formativa didattica  
Lezioni e seminari

IV° anno

NEUROLOGIA: Terapie neurologiche  
1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

34

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività formativa didattica

Lezioni e seminari

IV° anno

NEUROLOGIA: Malattie del nervo periferico, dei muscoli e della  
giunzione neuromuscolare 1 CFU (10 ore)

Docente \_\_\_\_\_

Data

Argomento

Firma docente

Data	Argomento	Firma docente

35



Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				

38

\*

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				

39

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				

40

Abilità pratiche Descriziane	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				

41

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N° matricola \_\_\_\_\_  
**Attività pratica specifica della tipologia (NEUROLOGIA)**

Anno di corso: II		Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente		Firma del tutor
Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				

44

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				

45

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				

46

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				

47



Abitilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				

48

Abitilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				

49

Abilità pratiche Descrittori	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				

50

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				

51

Dr./Dott.ssa

N°matricola

Attività pratica specifica della tipologia (NEUROLOGIA)

Abilità pratiche Descrizione	Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

52

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				

53

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del titolare
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				

54

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del titolare
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				

55

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				

56

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				

57

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N° matricola \_\_\_\_\_

**Attività pratica specifica della tipologia (NEUROLOGIA)**

Anno di corso: IV

Abilità pratiche Descrizione	Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Abilità pratiche Descrizioni	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
				60

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
				61

Alfabetto pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				

62

9

Alfabetto pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				

63



Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N° matricola \_\_\_\_\_

**Attività pratica caratterizzante (MEDICINA INTERNA) - A**

Anno di corso: I		Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
Abilità pratica	Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Abilità pratica	Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				

**Attività pratica caratterizzante (MEDICINA INTERNA) - B**

Abilità pratiche Descrizione	Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Abilità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				

MEDICINA INTERNA -- A	MEDICINA INTERNA - B
Obiettivi realizzati	Obiettivi realizzati
Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buona/ottima)	Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buona/ottima)
Data	Data
Firma docente	Firma docente

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Attività pratica caratterizzante (NEUROPSICHIATRIA INFANTILE)

Anno di corso: II

Abilità pratiche Descrizione	Inscrivere la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

N° matricola \_\_\_\_\_

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Attività pratica caratterizzante (DIAGNOSTICA PER IMMAGINI)

Abilità pratiche Descrizione	Inscrivere la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Data	Visto eseguire	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Obiettivi realizzati

Valutazione sintattica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata
Firma del Docente/Tutor

Obiettivi realizzati

Valutazione sintattica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata
Firma del Docente/Tutor

### Attività caratterizzanti (PSICHIATRIA)

Anno di corso: III				Inserire in data di esecuzione nello spazio corrispondente		Firma del tutor
Abilità pratiche	Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Obiettivi realizzati						
Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata						
Data			Firma del Docente/Tutor			

### Attività pratica caratterizzante (MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA) A

Anno di corso III				Inserire in data di esecuzione nello spazio corrispondente		Firma del tutor
Abilità pratiche	Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
Obiettivi realizzati						
Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata						
Data			Firma del Docente/Tutor			

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

Obiettivi realizzati	
Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata	
Data	Firma del Docente/Tutor

### Attività pratica caratterizzante (MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA) B

Anno di corso III				Inserire in data di esecuzione nello spazio corrispondente		Firma del tutor
Abilità pratiche	Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
Obiettivi realizzati						
Valutazione sintetica (insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata						
Data			Firma del Docente/Tutor			

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N°matricola \_\_\_\_\_

**Attività pratica caratterizzante (NEURORADIOLOGIA)**

Anno di corso III	Inserire la data di esecuzione nello spazio corrispondente			Firma del tutor
	Abità pratiche Descrizione	Data	Eseguito	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Abità pratiche Descrizione	Data	Visto eseguire	Eseguito	Firma del tutor
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				

Obiettivi realizzati	
Valutazione sintetica (Insufficiente/sufficiente/discreto/buono/ottimo) anche in riferimento agli obiettivi specifici della struttura frequentata	
Data	Firma del Docente/Tutor

Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

N° matricola \_\_\_\_\_

**Altre attività**

Attività formative, sia didattiche che professionalizzanti, non considerate nelle pagine precedenti

Data	Attività	Crediti	Giudizio	Firma del Docente