

Nominativo del tirocinante

DATI DEL TIROCINANTE

Nato a

Residente

Domicilio

Tel.

C.Fisc.

il

via

via

E mail

Corso di Laurea in Fisioterapia

PROGETTO FORMATIVO PER TESI APPLICATIVE/TIROCINIO PER TESI

Sessione……. Anno Accademico………….

Azienda ospitante del tirocinio per tesi

Sede del tirocinio (ospedale, U.O. ecc)

Tempi di accesso ai locali aziendali

- TITOLO DELLA TESI APPLICATIVA E TIPOLOGIA

Specificare se la finalità è didattica o di ricerca e che i dati sono anonimizzati

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo del tutor accademico (relatore)

Nominativo del tutor aziendale (tutor di tirocinio)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al

dal

Periodo di tirocinio

- OBIETTIVI TESI APPLICATIVA

Obblighi del tirocinante

- Firma per presa visione e accettazione del tirocinante

- Firma del tutor accademico

(relatore)

Firme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- ATTIVITA' E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE (METODI)

* seguire le indicazioni del tutor clinico e fare riferimento a lui per qualsiasi esigenza di

 tipo organizzativo o altre evenienze;

* rispettare gli obblighi di riservatezza sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Firma per l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

(coordinatore del corso di studio o suo delegato)

- Firma per l'azienda dove si svolgerà il tirocinio per tesi

(coordinatore U.O. o suo delegato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_