**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI OTORINOLARINGOIATRIA**

**STUDENTE……………………………………………………………………………………………………**

**STRUTTURA………Otorinolaringoiatria 1……………………………………………….**

**Referente……Prof Oreste Gallo……………………………………………………………….…**

**Periodo (date): dal ……………………..…………….al …………………………………..……….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **ATTIVITA’ SVOLTA** | **DOCENTE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  | Raccolta anamnesi in paziente Chirurgia maggiore/oncologica |  |  |
|  | Raccolta anamnesi in paziente Chirurgia funzionale |  |  |
|  | Esame obiettivo, in paziente Chirurgia maggiore/oncologico, prima dell’intervento |  |  |
|  | Esame obiettivo, in paziente Chirurgia funzionale, prima dell’intervento |  |  |
|  | Partecipazione seduta operatoria week surgery e day surgery |  |  |
|  | Partecipazione seduta operatoria di Chirurgia maggiore/oncologica |  |  |
|  | Partecipazione attività ambulatorio chirurgico specialistico Orl prime visite |  |  |

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI OTORINOLARINGOIATRIA**

**STRUTTURA**………Otorinolaringoiatria 1……………………………..…

**Referente**………Prof Oreste Gallo………………………………………………..……..

**Tutor**…………………………………………………………………………………………………………..…..

**GIUDIZIO**……………………………………………………………………………………….…………………………..… ……………………………………………………………………………………………………..…………….… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Firma e timbro del referente o del tutor**