**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI Chirurgia Maxillo-Facciale**

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

**STRUTTURA………Maxillo-Facciale ……………………………………………….**

**Referente……Prof Roberto Bertolai……………………………………………………………….…**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **ATTIVITA’ SVOLTA** | **DOCENTE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  | Semeiotica e clinica cervico facciale |  |  |
|  | Concetti generali di anestesia loco-regionale |  |  |
|  | Esame obiettivo, in paziente con patologia articolare ATM |  |  |
|  | Suture cutanee e mucose |  |  |
|  | Partecipazione seduta operatoria day surgery ambulatoriale |  |  |
|  | Prime visite in pazienti con traumi |  |  |
|  | Partecipazione attività ambulatorio chirurgico specialistico Maxillo-Facciale |  |  |

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI OTORINOLARINGOIATRIA**

**STRUTTURA**………Maxillo-Facciale ……………………………..…

**Referente**………Prof Roberto Bertolai ………………………………………………..……..

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

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

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