



MODULO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI IDONEITÀ DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI LA CONVENZIONE PER TIROCINIO CLINICO SU GRANDI ANIMALI

Il sottoscritto Dott. (cognome, nome, numero ed albo d'iscrizione) svolge la sua attività professionale nel settore:

Table with 3 columns: Species (EQUINI, BOVINI, OVI-CAPRINI, SUINI, ALTRO), TEMPO PIENO, TEMPO PARZIALE.

In qualità di:

- Freelance residente a (comune e provincia) sito internet (se disponibile) altri social network (specificare)
Direttore Sanitario/socio della struttura denominata di metri quadrati sita in (comune e provincia) via sito internet (se disponibile) altri social network (specificare)

chiede che la propria struttura/attività sia valutata ai fini dello svolgimento di TIROCINIO CLINICO SU GRANDI ANIMALI (V ANNO) finalizzato alla formazione del laureando in Medicina Veterinaria per un totale di numero studenti/anno per i seguenti settori scientifico-disciplinari (selezionare una o più opzioni):

- VET/08 (clinica medica)
VET/09 (clinica chirurgica)
VET/10 (clinica ostetrica)

Conscio della responsabilità derivante da dichiarazioni mendaci, dichiara che la summenzionata struttura presenta i seguenti requisiti (per freelance compilare solo i punti 2, 3, 4, 5, 6, 7):

1. SERVIZI GENERALI

- Giorni e orario di apertura e chiusura
Numero di sale visita
Numero di sale chirurgiche
Numero di locali adibiti esclusivamente alla diagnostica
Presenza di spazio per ricovero o degenza (anche day hospital)
Personale dedicato esclusivamente alla diagnostica
Servizio h24
Servizio guardia medica



2. COLLABORATORI PRESENTI ED EVENTUALI SPECIALIZZAZIONI (indicare per ogni collaboratore, anche occasionale, il relativo settore o specializzazione o mansione)

	NUMERO	SETTORE o SPECIALIZZAZIONE o MANSIONI
LAUREATO		
NON LAUREATO		
NON LAUREATO		

3. FREQUENZA DEI CASI DELLE SPECIE OGGETTO DELL'ATTIVITÀ

SPECIE	ELEVATA	MEDIA	SALTUARIA
EQUINI			
BOVINI			
OVI-CAPRINI			
SUINI			
ALTRO (specificare)			

4. ATTIVITÀ CHIRURGICA

CHIRURGIA	ELEVATA	MEDIA	SALTUARIA
TORACICA			
ADDOMINALE			
OSTETRICA			
OFTALMICA			
ODONTOIATRICA			
ORTOPEDICA			
ALTRO SPECIFICARE			

5. SERVIZI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO

	SI	NO
EMATOLOGIA		
BIOCHIMICA CLINICA		
CITOLOGIA		



ISTOLOGIA		
ECOGRAFIA		
CARDIOLOGIA		
ENDOSCOPIA		
RADIOLOGIA		
TC		
RMN		
ALTRO SPECIFICARE -.....		

Apparecchiature disponibili (barrare le strumentazioni presenti in struttura o a disposizione del freelance e indicarne il numero):

<input type="checkbox"/> Laparoscopio n.	<input type="checkbox"/> Elettrobisturi n.	<input type="checkbox"/> Microscopio neurochirurgia n.
<input type="checkbox"/> Endoscopio n.	<input type="checkbox"/> Autoclave n.	<input type="checkbox"/> Ligasure n.
<input type="checkbox"/> Strumentazione per biochimica clinica n.	<input type="checkbox"/> Macchina per anestesia gassosa n.	<input type="checkbox"/> Pompa siringa n.
<input type="checkbox"/> Microscopio n.	<input type="checkbox"/> Ventilatore n.	<input type="checkbox"/> Pompa infusione n.
<input type="checkbox"/> Strumentazione per ematologia n.	<input type="checkbox"/> Monitor multiparametrico per anestesia n.	<input type="checkbox"/> strumentario per laserterapia n.
<input type="checkbox"/> Ecografo n.	<input type="checkbox"/> Radiologico digitale n.	<input type="checkbox"/> Radiologico non digitale n.
<input type="checkbox"/> Dispositivi CPAP n.	<input type="checkbox"/> TC n.	<input type="checkbox"/> RM n.
<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....		

6. MATERIALE DIDATTICO A DISPOSIZIONE DELLO STUDENTE

	SI	NO
TESTI		
RIVISTE		
SUPPORTI AUDIOVISIVI		
PRESENZA SPAZI PER CONSULTAZIONE		
ALTRO (specificare) -.....		

7. ATTIVITÀ DIVULGATIVA/DIDATTICA E DI AGGIORNAMENTO DEL RICHIEDENTE

	SI	NO
PUBBLICAZIONI IN RIVISTE DI SETTORE		
PARTECIPAZIONI A CONGRESSI/CONVEGNI/SEMINARI SPECIALISTICI IN QUALITÀ DI RELATORI		



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
MEDICO-VETERINARIE

ADESIONE A SOCIETÀ SCIENTIFICHE/GRUPPI DI STUDIO		
--	--	--

Prima dell'inizio delle attività mi impegno a consultare il materiale di formazione predisposto dal Dipartimento di Scienze Medico Veterinarie al seguente link

https://drive.google.com/drive/folders/1DNR_E1Shp60alzrP1hzxyePp2MWyQ55O?usp=drive_link

Al termine del periodo di tirocinio, mi impegno a fornire un giudizio sull'operato dello studente/degli studenti

Al termine del periodo di tirocinio, mi impegno a fornire un giudizio sull'operato dello studente/degli studenti

Per informazioni scrivere a didvet@unipr.it

I dati forniti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016). L'informativa completa è consultabile all'indirizzo www.unipr.it alla voce Privacy.

Luogo e data _____

In fede (firma)
