



APPENDICE



Università
di Catania

OPIS TIROCINI

CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Questionario OPIS Tirocini

Il presente questionario, realizzato dalla Commissione Tirocini del CdLM in Medicina e Chirurgia, è rivolto a tutti gli studenti/studentesse dal II al VI anno.
La finalità è valutare l'organizzazione, l'efficienza e la qualità dei tirocini professionalizzanti e abilitanti.

LEGGERE CON ATTENZIONE:

- Si ricorda che la compilazione del questionario è necessaria per la verbalizzazione del tirocinio;
- Le valutazioni dei tutor vengono raccolte ed analizzate in forma assolutamente anonima;
- La raccolta dei dati identificativi (matricola) ha la finalità di accertare che la compilazione sia stata effettuata ma tali dati saranno disaccoppiati dalle valutazioni dei tutor per mantenere l'anonimato.

Per qualsiasi informazione o ulteriore chiarimento, si prega di rivolgersi ai seguenti contatti:
presidenzamedicina@unict.it / physiolabct@gmail.com

physiolabct@gmail.com [Switch account](#)



* Required

Email *

Your email



Tutte le informazioni raccolte tramite questo sondaggio saranno trattate nel rispetto della normativa italiana ed europea sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 101/2018). Ogni partecipante ha, in ogni momento, facoltà di esercitare i diritti di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003 (abrogato dal D.lgs. 101/2018 - Rif. Art. 15 Reg. 2016/679/UE). I dati, trattati con la massima riservatezza, saranno oggetto di elaborazione statistica e, in forma assolutamente anonima, potranno essere inseriti in tesi di laurea, pubblicazioni scientifiche, congressi, convegni o seminari scientifici. Viene dato il consenso al trattamento dei dati tramite la sottoscrizione del presente consenso.

Dichiaro:

- ☐ di essere a conoscenza degli obiettivi e delle finalità del presente questionario;
- ☐ di essere a conoscenza che i dati ricavati, nell'assoluto anonimato, saranno trattati esclusivamente per fini didattici e di monitoraggio della qualità;



Anagrafica

Si raccomanda di compilare i campi sottostanti con la massima cura.
I dati anagrafici saranno utilizzati per accertare la compilazione del questionario, necessaria per la verbalizzazione.

Matricola *

Your answer

! This is a required question

Cognome *

Your answer

Nome *

Your answer



Anno di corso *

Choose



! This is a required question



Valutazione

Codice di tirocinio *

Your answer

Tirocinio relativo all'anno: *

Choose

Struttura di riferimento

- ☐ P.O. Policlinico "G. Rodolico"
- ☐ P.O. Policlinico "San Marco"
- ☐ P.O. Policlinico "Comparto 10"
- ☐ P.O. Cannizzaro
- ☐ P.O. Garibaldi Nesima
- ☐ P.O. Garibaldi Centro
- ☐ C.C.D. Morgagni
- ☐ Ambulatorio MMG

Tutor di riferimento (Cognome e Nome) *

Your answer



Il tutor è stato disponibile per spiegazioni e chiarimenti? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No

Il tutor ha stimolato il tuo interesse? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No

Il tutor ha compilato e consegnato il libretto completo di valutazione entro le scadenze previste? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Ritieni che le tue conoscenze teorico-pratiche siano migliorate dopo il tirocinio? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No





Ritieni di esserti integrato nell'equipe di lavoro? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No

Hai partecipato in modo attivo alle attività del reparto? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No

Sei complessivamente soddisfatto dell'attività svolta? *

- ☐ Sì
- ☐ Più sì che no
- ☐ Più no che sì
- ☐ No

Hai suggerimenti per migliorare l'attività di tirocinio?

Your answer