



**UNIVERSITÀ DI PARMA**

Questo documento costituisce il libretto di registrazione dei tirocini destinato agli studenti di scambio in ingresso presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia con una descrizione del tirocinio svolto e dei corrispondenti CFU.

Si consiglia la compilazione una volta approvato il piano di studio.

Si sottolinea l'importanza di accompagnare questo documento con il Learning Agreement correttamente compilato e completo delle firme necessarie.



**UNIVERSITÀ DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E  
CHIRURGIA**

# **Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia**

<https://corsi.unipr.it/it/cdlm-mc>

**LIBRETTO PERSONALE DELLE ATTIVITÀ  
FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI**

**OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI  
(CLINICAL SKILLS)**

Studente di scambio in ingresso (incoming):

---

Numero di matricola: \_\_\_\_\_

# OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di SEMEIOTICA E METODOLOGIA  
CLINICA

3 CFU

3° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Semeiotica e metodologia clinica

Codice Modulo 1007466

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di SEMEIOTICA E METODOLOGIA  
CLINICA

1 CFU

3° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Semeiotica e metodologia chirurgica

Codice Modulo 1007467

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE CUTANEE E  
VENEREE

1 CFU

3° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie cutanee e veneree

Codice Modulo 1007366

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE EMATOLOGICHE,  
NEOPLASTICHE E INFETTIVE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie del sangue

Codice Modulo 1007368

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE EMATOLOGICHE,  
NEOPLASTICHE E INFETTIVE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie infettive

Codice Modulo 14373

Codice Esame Intregato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE EMATOLOGICHE,  
NEOPLASTICHE E INFETTIVE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Oncologia medica

Codice Modulo 1010307

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE TESTA E COLLO

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie dell'apparato visivo

Codice Modulo 1007376

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE TESTA E COLLO

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Otorinolaringoiatria

Codice Modulo 1007377

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_, pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE DELL'APPARATO  
LOCOMOTORE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Ortopedia e Traumatologia

Codice Modulo 1007367

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_, pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di PSICHIATRIA E PSICOLOGIA

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Psichiatria

Codice Modulo 1007367

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE DEL RENE E DELLE  
VIE URINARIE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Nefrologia

Codice Modulo 1007465

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE DELL'APPARATO  
DIGERENTE

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Gastroenterologia

Codice Modulo 1007469

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE RESPIRATORIE E  
CARDIOVASCOLARI

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie dell'apparato respiratorio

Codice Modulo 1007450

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MALATTIE RESPIRATORIE E  
CARDIOVASCOLARI

1 CFU

4° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Malattie dell'apparato cardiovascolare

Codice Modulo 1007451

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di NEUROLOGIA

1 CFU

5° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Neurologia

Codice Modulo 1004298

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

1 CFU

5° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Diagnostica per immagini e radiologia

Codice Modulo 1007379

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di MEDICINA DI LABORATORIO

1 CFU

5° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Microbiologia clinica

Codice Modulo 1007431

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di **CLINICA CHIRURGICA  
GENERALE E SPECIALISTICA**

4 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Chirurgia generale

Codice Modulo 1007320

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di **MEDICINA DI URGENZA E PRIMO  
SOCCORSO**

1 CFU

5° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Primo Soccorso, Rianimazione e Advanced  
Cardiac Life Support

Codice Modulo 1007432

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di GINECOLOGIA E OSTETRICIA

1 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Ginecologia e Ostetricia

Codice Modulo 1007324

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di CLINICA CHIRURGICA  
GENERALE E SPECIALISTICA

1 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Chirurgia cardiaca

Codice Modulo 1007319

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di CLINICA CHIRURGICA  
GENERALE E SPECIALISTICA

1 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Chirurgia Vascolare

Codice Modulo 1007322

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di PEDIATRIA GENERALE E  
SPECIALISTICA

2 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Pediatria Generale e Specialistica

Codice Modulo 1007317

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di CLINICA MEDICA E GERIATRIA

6 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Clinica Medica e Geriatria

Codice Modulo 1007323

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome:

## OBIETTIVI DIDATTICI GESTUALI

Corso integrato di CLINICA MEDICA E GERIATRIA

1 CFU

6° anno

Attestato di completamento delle attività di tirocinio del  
corso Cure Palliative

Codice Modulo 1008101

Codice Esame Integrato \_\_\_\_\_

Totale ore effettuate \_\_\_\_\_ , pari a \_\_\_\_\_ ECTS

DATA CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA

FIRMA DEL COORDINATORE DEL CORSO INTEGRATO

Cognome e nome: