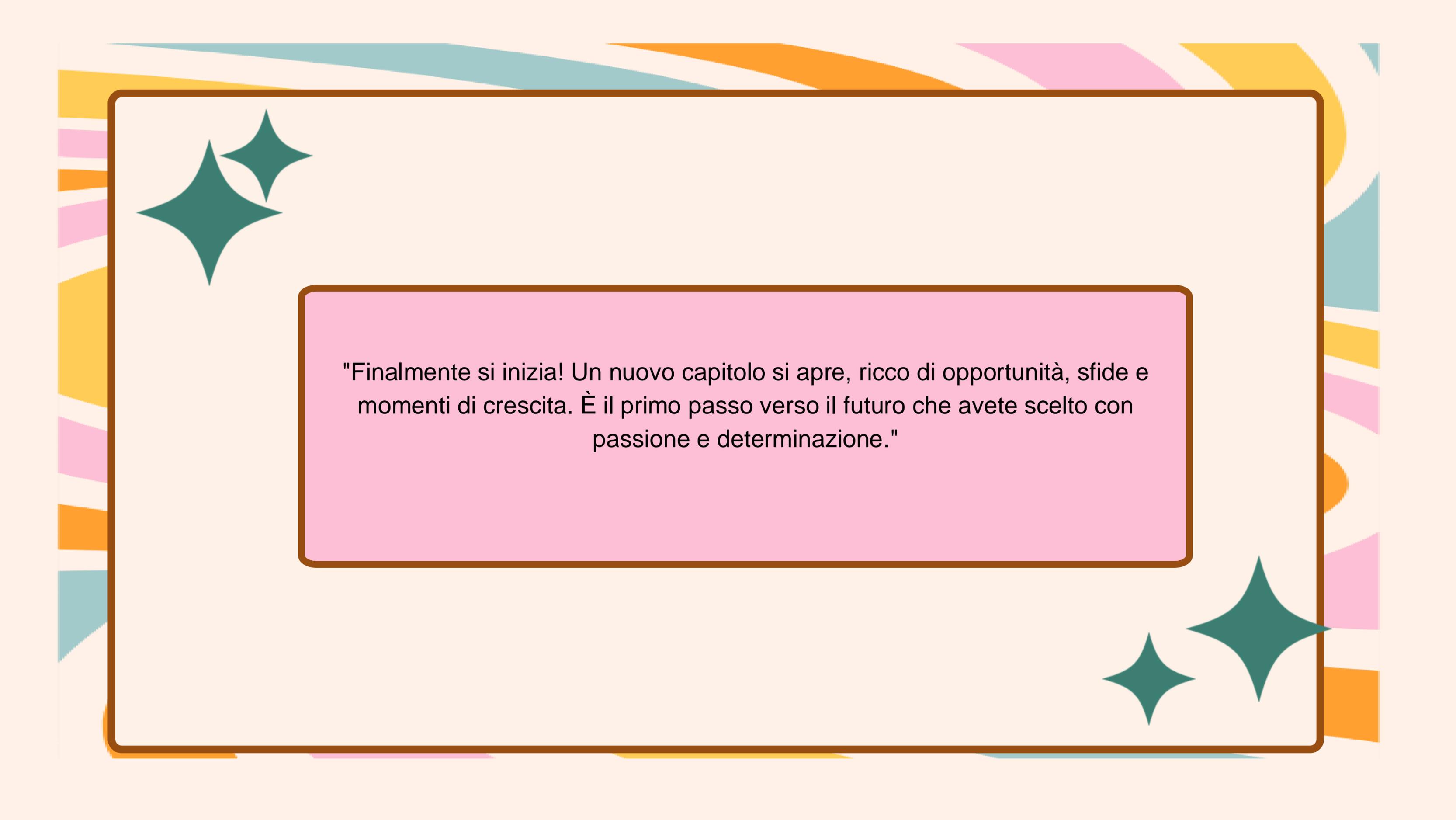


**Benvenuti al primo tirocinio:
Orientamento
e preparazione all' esperienza
13/14 Gennaio 2025**



"Finalmente si inizia! Un nuovo capitolo si apre, ricco di opportunità, sfide e momenti di crescita. È il primo passo verso il futuro che avete scelto con passione e determinazione."

Principi pedagogici su cui si fonda il tirocinio

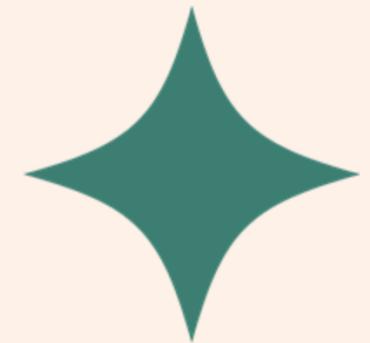
- Ruolo attivo dello studente;
- Differenziazioni dei percorsi e opportunità in rapporto alle caratteristiche dello studente;
- Supervisione e facilitazione nei processi di apprendimento;
- Trasparenza del processo di valutazione.

TIROCINIO

- La frequenza complessiva è obbligatoria per il totale delle ore previste (100%);
- Tuttavia nel caso lo studente non raggiunga il minimo di frequenza previsto, potrà essere ammesso all'esame di tirocinio con la frequenza di almeno 90% delle ore previste;
- Il debito orario relativo al 10 % dovrà essere recuperato entro l'anno successivo , se accumulato nel corso del 1° e 2° anno.

Obiettivi 1 °anno

- 1) Acquisire abilità tecnico operative sul 50 % delle procedure assistenziali a procedura definite;
- 2) Sviluppare abilità relazionali con assistiti e caregivers che richiedono un approccio relazionale di base;
- 3) Sviluppare capacità di ragionamento clinico per identificare il livello di funzionalità e autonomia in assistiti clinicamente stabili.

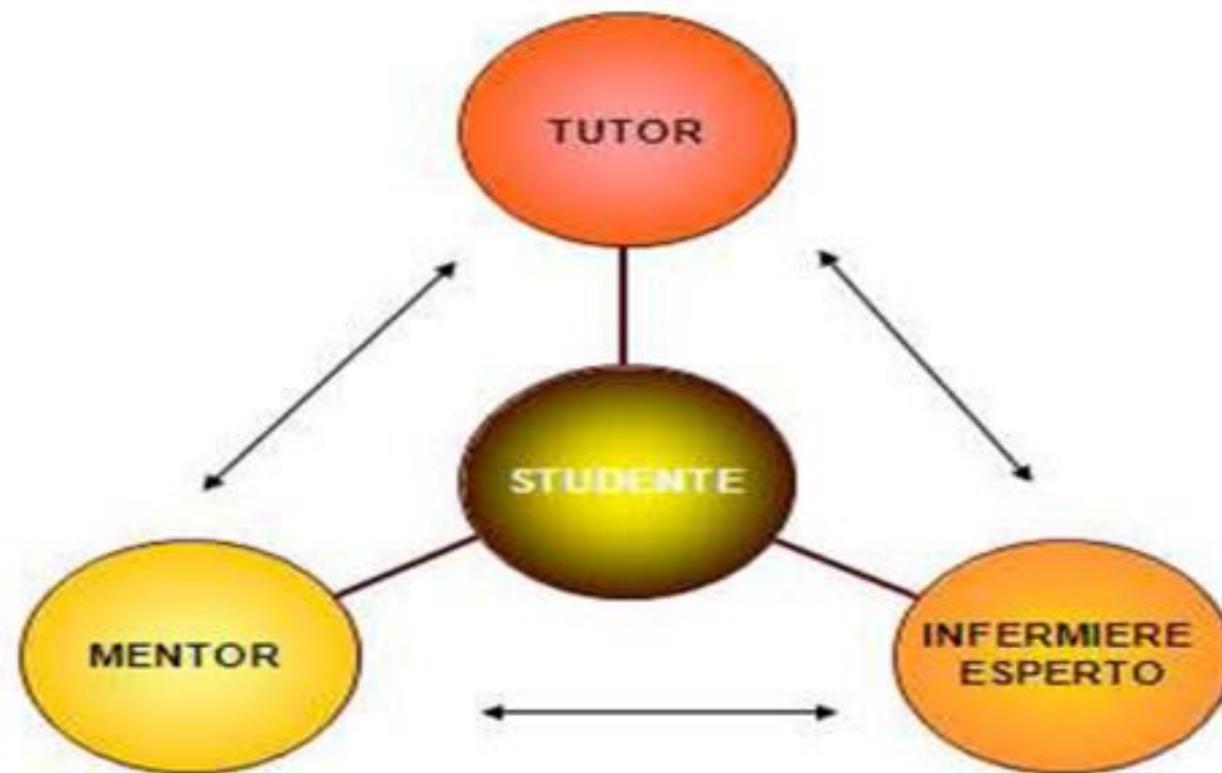




Quali procedure posso sperimentare?

- PRELIEVO EMATICO
 - MEDICAZIONI
 - PARAMETRI VITALI
 - IGIENE DELLA PERSONA
 - MOBILIZZAZIONE
 - ECG
- 

Sistema di apprendimento



N.B.

Tutor didattico

Raccoglie tutte le informazioni relative all'apprendimento dello studente durante l'esperienza di tirocinio da mentor e infermieri esperti, nonché quanto emerso dal percorso didattico.

- Abilità tecnico-applicative
- Abilità relazionali
- Comportamento
- Padronanza linguistica

Infermiere esperto e Mentor

- Compilano la scheda dello studente e condividono con lui i risultati dell'apprendimento evidenziando carenze o difficoltà
- Condivide con il Tutor didattico di riferimento le informazioni sullo studente

Tutor di riferimento:

Per comunicazioni fare sempre riferimento ai tutor (in tutte le sedi di tirocinio)
SCRIVENDO SEMPRE AD ENTRAMBI PER CONOSCENZA

lara.pesavento@aulss7.veneto.it

elena.manea@aulss7.veneto.it

Nelle mail specificare nome, cognome, unità operativa (quando si svolge tirocinio)
Nel caso si richieda un colloquio specificarne il motivo

In caso di assenza per malattia:

- **Avvisare con TEMPESTIVITA' l'assenza all'infermiere referente o il coordinatore UO e successivamente comunicare il periodo e la durata della malattia.**
- **Avvisare al più presto i tutor di riferimento via mail o telefono (numero della segreteria di sede) e successivamente comunicare il periodo e la durata dell'assenza;**

RICORDA:

- **E' responsabilità dello studente tenere il conteggio delle proprie ore di tirocinio e anche la corretta compilazione e conservazione del foglio firme;**
- **E' responsabilità dello studente confrontarsi con il tutor e Mentor per programmare il recupero di eventuali assenze motivate.**

INFORMAZIONI UTILI

Informazioni su:

regolamenti,
procedure, orari,
colloqui, briefing e
debriefing, rientri
d'aula

=

**MOODLE DI
TIROCINIO**

Informazioni su:

Ritiro/consegna
chiavi armadietti.
spogliatoi , badge

=

SEGRETERIA

Informazioni su:

orari di tirocinio

=

DRIVE CONDIVISO

- H Santorso: codice porta d'entrata: 08698632 #
- H Bassano: ingresso attiguo all'ingresso dipendenti/ingresso principale.
- H Asiago :ingresso dalla portineria dell'ospedale nuovo.

REPORT DI TIROCINIO



1.0 ACCERTAMENTO ESEGUITO IN DATA..... ORA.....

Reparto _____ N. letto _____

Cognome nome <i>(solo iniziali)</i>	data nascita <i>(non compilare)</i>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età _____		
residenza <i>(non compilare)</i> domicilio (se diverso da residenza) <i>(non compilare)</i>	Telefono <i>(non compilare)</i>	

Ricovero		Provenienza
Data _____	urgente	<input type="checkbox"/> domicilio
ora _____	programmato	<input type="checkbox"/> attivazione ADI <input type="checkbox"/> attivazione UVMD
		<input type="checkbox"/> Altro ospedale.....
		<input type="checkbox"/> Altro reparto
		<input type="checkbox"/> Casa riposo/ RSA
Diagnosi medica ingresso:		Intervento programmato di:

Ultimi ricoveri in Ospedale		
data	data	
reparto.....	reparto.....	
Diagnosi di dimissione.....	Diagnosi di dimissione.....	
Richiesta cartella clinica.....	Richiesta cartella clinica.....	

Persone da contattare	Grado di parentela	N° Telefonici utili
<i>(non compilare)</i>		<i>(non compilare)</i>

PATOLOGIE CONCOMITANTI	TERAPIA DOMICILIARE	INDICAZIONI ALLA PROFILASSI	ALLERGIE - INTOLLERANZE
	Farmaco\forma\dosaggio\orario		
.....	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Allergene
.....	<input type="checkbox"/> Da Contatto	<input type="checkbox"/> Lattice
.....	<input type="checkbox"/> Via aerea	<input type="checkbox"/> Alimentare: _____
.....	<input type="checkbox"/> Via ematica	<input type="checkbox"/> Farmaci: _____
.....	<input type="checkbox"/> Droplets	Reazioni: _____
.....	<input type="checkbox"/>	_____
.....	Motivazione:	_____

ALTRE NOTIZIE UTILI (Positività sierologiche accertate, gruppo sanguigno...)

MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE - M. GORDON

1.01 PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

<p>Consumo di tabacco: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Consumo di alcool: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quantità.....</p> <p>Uso di altre sostanze: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo.....</p> <p>Descrizione della propria salute: <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta <input type="checkbox"/> Mediocre <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/> Scadente <input type="checkbox"/> Gravemente compromessa</p> <p>Adesione ad attività di promozione della salute (dieta/attività fisica): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare.....</p> <p>Adesione ad attività di protezione della salute (screening/visite periodiche) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare.....</p> <p>Adesione ad autoesami (palpazione, automonitoraggio PA, glicemia) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare.....</p>	<p>Gestione della terapia domiciliare:</p> <p><input type="checkbox"/> autonoma</p> <p><input type="checkbox"/> con aiuto di:</p> <p>Gestione della propria salute:</p> <p><input type="checkbox"/> autonoma</p> <p><input type="checkbox"/> con aiuto di:</p> <p>Condizioni igieniche:</p> <p><input type="checkbox"/> buone</p> <p><input type="checkbox"/> sufficienti</p> <p><input type="checkbox"/> insufficienti</p> <p>Segue le cure prescritte:</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no perché.....</p>
---	--

1.02 NUTRIZIONALE - METABOLICO

SISTEMA TEGUMENTARIO			
<p>Cute</p> <p><input type="checkbox"/> normocromica</p> <p><input type="checkbox"/> pallida</p> <p><input type="checkbox"/> cianotica</p> <p><input type="checkbox"/> itterica</p> <p><input type="checkbox"/> idratata</p> <p><input type="checkbox"/> disidratata</p> <p><input type="checkbox"/> eritema</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	<p>Presenza di</p> <p><input type="checkbox"/> edemi:</p> <p>sede</p> <p><input type="checkbox"/> lesioni da decubito</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì: grado: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4°</p> <p>Tipologia di medicazione</p>	<p>Altre ferite / lesioni / drenaggi</p> <p><input type="checkbox"/> sede</p> <p>Tipologia di medicazione</p> <p>Data ultima medicazione.....</p> <p>Accessi vascolari</p> <p><input type="checkbox"/> sede / tipo</p> <p>Tipologia di medicazione</p> <p>Data ultima medicazione.....</p>	<p>protesi dentale:</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> superiore</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p>Peso:</p> <p>Altezza:</p> <p>BMI:</p> <p><input type="checkbox"/> sottopeso</p> <p><input type="checkbox"/> Normopeso</p> <p><input type="checkbox"/> Sovrappeso</p> <p><input type="checkbox"/> obeso</p> <p>Variazioni di peso (N°kg/tempo)</p> <p><input type="checkbox"/> sì: Kg</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p>Temperatura °C (sede).....</p>
<p>Alimentazione:</p> <p><input type="checkbox"/> autonomo</p> <p><input type="checkbox"/> con aiuto</p> <p><input type="checkbox"/> dipendente</p> <p><input type="checkbox"/> difficoltà alla masticazione</p>	<p>Nutrizione:</p> <p><input type="checkbox"/> dieta libera</p> <p><input type="checkbox"/> per diabetici</p> <p><input type="checkbox"/> specialistica</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nutrizione Enterale (NE)</p> <p><input type="checkbox"/> SNG</p> <p><input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Nutrizione Parenterale (NPT)</p> <p><input type="checkbox"/> CVC</p> <p><input type="checkbox"/> CVP</p> <p><input type="checkbox"/> Altro.....</p>	
<p>Apporto calorico/idrico</p> <p><input type="checkbox"/> mangia 3 pasti/die</p> <p><input type="checkbox"/> mangia 2 pasti/die</p> <p><input type="checkbox"/> mangia 1 pasti/die</p> <p><input type="checkbox"/> beve >1 Lt/die</p> <p><input type="checkbox"/> beve <1 Lt/die</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	<p>Appetito</p> <p><input type="checkbox"/> aumentato</p> <p><input type="checkbox"/> diminuito</p> <p>Disfagia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p> <p>Accertata con scala di valutazione</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> solidi</p> <p><input type="checkbox"/> liquidi</p> <p><input type="checkbox"/> assoluta</p>		
<p>Malnutrizione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Accertata con scala di valutazione</p> <p>.....</p>			

1.03 ELIMINAZIONE

URINARIA	INTESTINALE
<p>Diuresi</p> <p><input type="checkbox"/> nessun problema</p> <p><input type="checkbox"/> ritenzione (globo vescicale) ml _____</p>	<p>n° volte /die.....</p> <p><input type="checkbox"/> nessun problema - regolare - continente</p> <p><input type="checkbox"/> diarrea (evacuazioni frequenti e liquide)</p>

da stress da urgenza mista funzionale riflessa totale
Portatore di:
 catetere vescicale: NO SI
 posizionato: il Tipo..... Ch°.....
Motivazione
 ritenzione urinaria: ristagno accertato.....
 intervento chirurgico/invasivo monitoraggio diuresi
Quantità urine ml
Colore urine
 condom
 urostomia
 pannolone
 rettoraggia
 feci acoliche
Portatore di:
 stomia ileostomia colostomia
 pannolone: NO SI
Data ultima scarica:
Uso di lassativi: NO SI
Quali: via di somm:
Frequenza: AB abituale
Ultima assunzione:
Con esito:

Drenaggi
Sito..... Quantità liquido drenato ml sieroso siero/ematico ematico
Sito..... Quantità liquido drenato ml sieroso siero/ematico ematico
Sito..... Quantità liquido drenato ml sieroso siero/ematico ematico
BILANCIO IDRICO (se ritenuto necessario al caso clinico. Da allegare all'accertamento)
ULTIMO BILANCIO giornaliero rilevato ml:.....

1.04 ATTIVITA' - ESERCIZIO

<p>SISTEMA CARDIOVASCOLARE</p> FC PA <input type="checkbox"/> Polso: <input type="checkbox"/> ritmico <input type="checkbox"/> aritmico <input type="checkbox"/> Qualità del polso: <input type="checkbox"/> flebile <input type="checkbox"/> pieno <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Dolore toracico: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vertigini: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Svenimenti: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> PM Temporaneo <input type="checkbox"/> PM Definitivo	<p>SISTEMA RESPIRATORIO</p> Frequenza Respiratoria SO2 % Qualità respiro: <input type="checkbox"/> eupnoico <input type="checkbox"/> superficiale <input type="checkbox"/> rapido <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> dispnea <input type="checkbox"/> da sforzo <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> catarrale <input type="checkbox"/> secca <input type="checkbox"/> Ossigeno terapia lt/m <input type="checkbox"/> tracheotomia - Cannula tipo
<p>Mobilizzazione prima del ricovero</p> <input type="checkbox"/> emiplegico <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> paraplegico <input type="checkbox"/> non autonomo: <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> in poltrona <input type="checkbox"/> amputazione <input type="checkbox"/> deambula: <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> con ausili: <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> tripode	<p>All'accertamento</p> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> non autonomo: <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> in poltrona Deambula: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> con ausili: <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> tripode

1.05 RIPOSO - SONNO

Abitudini: ore/notte Pisolino pomeridiano no si problemi riferiti.....
Si sente riposato al risveglio no si
Difficoltà ad addormentarsi no si
 Risveglio precoce insonnia Incubi
 altro.....
uso di farmaci per dormire:
 si: quali..... AB abituale
 no
Altre abitudini per favorire il sonno.....
Paziente sedato no si

patologie: lingua parlata.....
Stato mentale: vigile assopito orientato
 agitato comatoso disorientato: spazio tempo
 Se necessario, allegare GLASGOW COMA SCALE (GCS) punteggio:

1.07 PERCEZIONE DI SE'

Presenza di modificazioni corporee che hanno creato dei problemi? NO SI
Ansia/paura/ preoccupazione sullo stato di salute o sulla gestione della nuova situazione NO SI specificare:
Cosa lo aiuta?.....
Cosa peggiora l'ansia/paura/preoccupazione.....
Si sente in grado di affrontare il decorso anche in conseguenza della modificazione corporea o della malattia
 SI NO

1.08 RUOLO - RELAZIONE

Stato civile: **Sistemi di supporto**
Attività lavorativa: Famiglia.....
 pensionato Amici.....
 occupato Vicini.....
 disoccupato Volontariato.....
 inabile a breve termine Badante
 inabile a lungo termine Gruppi di auto mutuo aiuto.....
 Servizi sociali
 Nessuno
Percezione di sentirsi solo: SI NO
 Vive in famiglia da solo in struttura altro
Preoccupazioni dei famigliari relative al ricovero:.....

1.9 SESSUALITA' - RIPRODUZIONE

<p>DONNA: <input type="checkbox"/> Menopausa <input type="checkbox"/> Età fertile data U.M Ciclo Mestruale Durata gg..... <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Dismenorrea <input type="checkbox"/> Amenorrea Tipologia di flusso <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> abbondante <input type="checkbox"/> normale Gravidanze: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI n° gravidanzen° abortin° figli vivi</p>	<p>UOMO: Infertilità: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non sa riferire n° figli:..... Contracezione: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Positività per patologie sessualmente trasmissibili: <input type="checkbox"/> Si..... <input type="checkbox"/> no Preoccupazioni sessuali legate alla malattia:.....</p>
<p>Infertilità: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non sa riferire n° figli:..... Contracezione: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Positività per patologie sessualmente trasmissibili: <input type="checkbox"/> Si..... <input type="checkbox"/> no Preoccupazioni sessuali legate alla malattia:.....</p>	<p> Preoccupazioni sessuali legate alla malattia: <input type="checkbox"/> accettazione <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> rifiuto <input type="checkbox"/> aggressività <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> pianto frequente livello di ansia/paura <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> panico Situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi (patologie, farmaci, situazioni) Persone di riferimento in grado di aiutare..... Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno anche non strettamente correlate alla malattia </p>

1.10 COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS

Preoccupazioni legate alla malattia:
 accettazione ansia
 rifiuto aggressività
 depressione
 pianto frequente
livello di ansia/paura
 lieve
 moderata
 grave
 panico
Situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi (patologie, farmaci, situazioni)
Persone di riferimento in grado di aiutare.....
Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno anche non strettamente correlate alla malattia

1.11 VALORI - CONVINZIONI

Valori ritenuti importanti: ◦ Famiglia ◦ Salute ◦ Carriera ◦ Sport / Attività fisica ◦ Altro:

Credente? ◦ no ◦ si (se ritenuto utile specificare il credo religioso).....

Cosa lo aiuta quando affronta difficoltà?

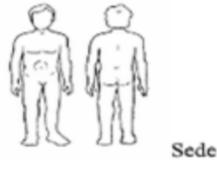
◦ Il supporto della famiglia ◦ Gli amici ◦ La fede religiosa ◦ Il lavoro su se stesso (es. meditazione, psicoterapia)

◦ Altro:.....

Eventuali imposizioni date dal credo religioso (Alimentazione, trattamenti medici, uso di farmaci etc.)

SCHEDE DI VALUTAZIONE:

1.06 DOLORE

Dolore presente:		Sede								
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì insorto da gg.....		Irradiazione								
Caratteristiche temporali:										
-Intensità continua:		<input type="checkbox"/> frequenza o variazioni:								
<input type="checkbox"/> costante <input type="checkbox"/> variabile		<input type="checkbox"/> mattutino <input type="checkbox"/> pomeridiano <input type="checkbox"/> vespertino <input type="checkbox"/> notturno								
-Intensità discontinua										
<input type="checkbox"/> Saltuario <input type="checkbox"/> episodico <input type="checkbox"/> ritmico										
VALUTABILE CON SCALA NRS (Numerical Rating Scale) * Intensità del dolore secondo il paziente										
◦ si ◦ no										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Descrizione data dal paziente sul tipo di dolore:										
.....										
Utilizzo di altra scala di valutazione (allegare scala utilizzata)										
<input type="checkbox"/> NOPPAIN <input type="checkbox"/> PAINAD <input type="checkbox"/> WONG BAKER FACE <input type="checkbox"/> Altro.....										

1.04 INDICE DI BARTHEL

ALIMENTAZIONE	
non in grado di alimentarsi	0
ha bisogno di assistenza (nel tagliare la carne, etc) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolido-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, etc...)	5
in grado di alimentarsi	10
CAPACITA' DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA	

in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	5
CAPACITA' DI VESTIRSI	
non in grado di vestirsi autonomamente	0
ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia	5
in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, etc...)	10
TRANSITO INTESTINALE	
non in grado di controllare l'alvo	0
occasionalmente non in grado di controllare l'alvo	5
in grado di controllare l'alvo	10
VESCICA	
non in grado di controllare la minzione	0
occasionalmente non in grado di controllare la minzione	5
in grado di controllare la minzione	10
UTILIZZO DEL WC	
non in grado di utilizzare il wc	0
in grado di utilizzare il wc con assistenza	5
in grado di utilizzare il wc autonomamente	10
TRASFERIMENTI (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa)	
non in grado di effettuare i trasferimenti	0
è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti	5
è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico)	10
è in grado di effettuare trasferimenti	15
MOBILITA' SU SUPERFICI PIANE	
non è in grado di spostarsi per più di 50 metri	0
in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri	5
in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona	10
in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	15
SCALE	
non in grado di salire e scendere le scale	0
in grado di salire e di scendere le scale con assistenza	5
in grado di salire e scendere le scale autonomamente	10
Totale	
<ul style="list-style-type: none"> • L'indice dovrebbe essere usato per registrare quello che un pz fa realmente NON quello che potrebbe fare • Lo scopo principale è stabilire il grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale • La necessità di supervisionare rende il pz NON indipendente • La prestazione del pz dovrebbe essere stabilita usando i migliori dati disponibili. Le fonti abituali saranno domande dirette al pz, parenti, caregiver, importante però anche l'osservazione diretta • I pz in stato di incoscienza ricevono un punteggio di 0 in tutte le voci, anche se non ancora incontinenti • Le categorie intermedie implicano la partecipazione ad oltre il 50% dello sforzo • L'uso di ausili per essere indipendenti è permesso 	

CONSEGNE:

- Entro il 4 febbraio (DATA ULTIMA) caricare su Moodle nella sezione apposita il Report in formato PDF;
- Riconsegna delle chiavi, e badge come da indicazioni della segreteria, a fine tirocinio;
- Riconsegnare in busta chiusa scheda di valutazione, foglio firme tirocinio e schede post formazione sul campo appena possibile ovvero entro il martedì successivo alla conclusione del tirocinio (11/02/25)

PROSSIMI APPUNTAMENTI

5-6-7 Febbraio DEBRIEFING

**PRENDERE APPUNTAMENTO SU MOODLE IN
ORARIO FUORI DAL TIROCINIO (MATTINA O
POMERIGGIO)**



The image features a central white rectangular area with a thin brown border. Inside this area is a solid yellow rectangle containing the text 'Scheda di valutazione'. The background of the entire image is white, decorated with various colorful, abstract, curved shapes in shades of teal, orange, pink, and yellow, creating a vibrant, modern aesthetic.

Scheda di valutazione

Cari studenti,

oggi inizia un viaggio importante, il primo passo di un percorso che vi permetterà di mettere in pratica tutto ciò che avete imparato finora. Il tirocinio è un'esperienza unica, che vi darà l'opportunità di crescere, imparare e confrontarvi con la realtà quotidiana del nostro lavoro, che è tanto impegnativo quanto gratificante.

Vi auguriamo di affrontare questa nuova sfida con curiosità, impegno e passione. Ogni giorno sarà un'opportunità per migliorare, per fare la differenza nella vita delle persone e per acquisire competenze fondamentali per il vostro futuro professionale.

Non abbiate paura di fare domande, di chiedere supporto e di imparare dai vostri errori. Siate sempre attenti, umani e rispettosi con chi avrete di fronte. Il vostro lavoro è fondamentale e il vostro contributo, anche nelle piccole cose, è prezioso.

Buon inizio di tirocinio e buon lavoro! Che questa esperienza possa essere arricchente e vi permetta di crescere non solo come professionisti, ma anche come persone.

Le tutor Lara e Elena