



Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

SEDE
Città di Torino



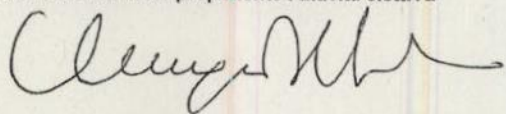
UNIVERSITÀ
DI TORINO

Dipartimento di Scienze
della Sanità Pubblica e
Pediatriche

PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE

compilare in ogni parte ed inviare tramite posta elettronica all'indirizzo:
climed1.asltorino@unito.it

ANNO ACCADEMICO: 2023 - 2024		
DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ ELETTIVA: IL FITWALKING NEI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI CON DISTURBI PSICHIATRICI		
TIPOLOGIA: <input checked="" type="checkbox"/> Stage (Compilare anche Modulo 1) <input type="checkbox"/> Seminari <input type="checkbox"/> Congressi <input type="checkbox"/> Laboratori - Esercitazioni	ANNO DI CORSO A CUI È DESTINATA L'ATTIVITÀ: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input checked="" type="checkbox"/> 3°	COSTO <input checked="" type="checkbox"/> GRATUITA <input type="checkbox"/> IMPEGNO DI SPESA (obbligatorio compilare il Modulo. 2)
N. massimo di studenti ammessi per ogni edizione (in caso di iscritti < del 50% l'attività dovrà essere riprogrammata)	N. totale di ore previste per l'attività elettiva comprensive di studio autonomo	CFU (*vedi art.7 del regolamento)
1	12	0,75
Criteri di selezione dei partecipanti in caso di soprannumero di richieste:		
Modalità d'iscrizione		
<input type="checkbox"/> on line sul sito corso di laurea	<input checked="" type="checkbox"/> tramite mail al docente proponente	<input type="checkbox"/> altro: _____
Docente (Modulo) o Tutor responsabile della proposta dell'attività elettiva: DOTT.SSA D'AMBROSIO VIRGINIA		
Docente conduttore l'attività elettiva: D'AMBROSIO VIRGINIA		
Recapito telefonico 3296536745	e-mail V	
Struttura in cui si svolge l'attività elettiva CSC VIA CARDINAL MASSALIA M TORINO	Indirizzo (via, numero civico, città, aula ecc.): VIA CARDINAL MASSALIA M TORINO	

Edizioni (la prenotazione aule è a carico del docente/conduuttore)	Indicare data e orario
<input checked="" type="checkbox"/> Unica	<input type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____ (Compilare solo se l'edizione 1 sia già stata espletata)	<input type="checkbox"/> da definire <input type="checkbox"/>
Descrizione dell'attività ed obiettivi formativi (compilare questa parte oppure allegare progetto dell'attività proposta):	
PARTECIPAZIONE AL GRUPPO ATTIVO DI FITWALKING PER I PAZIENTI IN IN CARICO AL CSIT DI VIA C. MASSAIA 11, PARTECIPAZIONE ALLE RIUNIONI DEL GRUPPO DI LAVORO CHE ORGANIZZA E MONITORA GLI ESITI DELL'ATTIVITA' (INTERNIERI E MEDICI)	
Modalità secondo la quale si svolgerà la valutazione (colloquio, presentazione di una relazione, prova pratica ecc):	
COLLOQUIO E RELAZIONE DELL'ESPERIENZA NELL'ELABORATO DI TEST DI LAUREA	
Data	Firma del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva
22/12/23	

A cura della segreteria

La commissione approva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Approvato al CCL	Data