



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
MEDICO-VETERINARIE

Studente

MODELLO PER LA VALUTAZIONE DI IDONEITÀ DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI LA CONVENZIONE (ORIENTAMENTO CLINICO)

Il sottoscritto, Dott., in qualità di
..... della struttura denominata

sita in chiede di poter
accedere alla convenzione per lo svolgimento dell'attività di orientamento
finalizzato alla formazione del laureando in Medicina Veterinaria (D.P.R. n°382/80,
art.27)

per un totale di.....studenti.

La durata dell'orientamento è stabilita in giorni
(barrare la casella dei giorni di disponibilità di accoglienza)

6	12
...	...

Orientamento clinico chirurgico

Conscio della responsabilità derivante da dichiarazioni mendaci, dichiara che la
summenzionata struttura presenta i seguenti requisiti:

1. SERVIZI GENERALI

ORARIO APERTURA

NUMERO SALE VISITA

NUMERO SALE CHIRURGICHE

PRESENZA SPAZIO RICOVERO/DEGENZA

si	no
----	----

SERVIZIO GUARDIA MEDICA

si	no
----	----



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
MEDICO-VETERINARIE

COLLABORATORI PRESENTI ED EVENTUALI SPECIALIZZAZIONI

	Numero	Mansioni	Specializzazioni(ev.)
Laureati			
Non laureati			

SPECIE OGGETTO DELL'ATTIVITA' (FREQUENZA CASI)

	elevata	media	saltuaria
Animali da compagnia			
Cani			
Gatti			
Volatili			
Roditori			
Pesci da acquario			
Esotici			

ATTIVITA' CHIRURGICA (FREQUENZA CASI)

	elevata	media	saltuaria
Chirurgia			
Toracica			
Addominale			
Ostetrica			
Oftalmica			
Odontoiatrica			
Ortopedica			
Neurochirurgia			
Altro specificare			



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
MEDICO-VETERINARIE

2. SERVIZI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO

SERVIZI OFFERTI PRESSO LA STRUTTURA

Biochimica clinica	<input type="checkbox"/>	Ematologia	<input type="checkbox"/>	Citologia	<input type="checkbox"/>
Istologia	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	Radiologia	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Altri servizi non inclusi nell'elenco

.....
.....
.....

APPARECCHIATURE (Modelli)

.....
.....

NUMERO DI LOCALI ADIBITI

ESCLUSIVAMENTE ALLA DIAGNOSTICA

PERSONALE DEDICATO

si	no
----	----

3. MATERIALE DIDATTICO

TESTI

si	no
----	----

RIVISTE

si	no
----	----

SUPPORTI AUDIOVISIVI

si	no
----	----

PRESENZA SPAZI PER CONSULTAZIONE

si	no
----	----

4. ATTIVITA' DIVULGATIVA/ DIDATTICA E DI AGGIORNAMENTO DEL RESPONSABILE



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
MEDICO-VETERINARIE

PRESENTAZIONE PUBBLICAZIONI IN RIVISTE DI SETTORE

si	no
----	----

**PARTECIPAZIONI A CONGRESSI/ CONVEGNI/ SEMINARI SPECIALISTICI IN
QUALITÀ DI RELATORE**

si	no
----	----

SE SÌ, INDICARE I PIÙ RECENTI

.....

.....

.....

ADESIONE/FREQUENZA A CORSI DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

si	no
----	----

SE SÌ, INDICARE QUALI

.....

.....

.....

.....

ADESIONE A SOCIETÀ SCIENTIFICHE/ GRUPPI DI STUDIO

si	no
----	----

SE SÌ, INDICARE QUALI

.....

.....

.....

.....

Si allega inoltre planimetria dei locali della struttura sede dell'orientamento.

Il sottoscritto esprime consenso al trattamento dei dati, ai sensi della Legge n.675/96, ai fini della valutazione dei requisiti da parte della Commissione della Facoltà di Medicina Veterinaria, istituita con delibera Consiglio di Facoltà del

(Responsabile del trattamento dati, Prof.)

data,

(timbro)

firma _____