

**FULL D'AVALUACIÓ DE LA ROTACIÓ**

(A emplenar pel resident)

|  |
| --- |
| **RESIDENT** |
| **Nom i Cognoms:****Any residència: Especialitat:** |  |
|  |
|  |
| **ROTACIÓ** |
| **Contingut/Àrea:****Període:****Centre:** |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **AVALUACIÓ CONTINUADA** |
| ***A. CONEIXEMENTS I HABILITATS*** | **Qualificació (1-10)** |
| Capacitat docent del servei |  |
| Interès docent del tutor |  |
| Valoració de les activitats docents (sessions clíniques, bibliogràfiques.) |  |
| Grau de compliment del programa de l'especialitat per a l'àrea avaluada. |  |
| *Mitjana A* |  |
| ***Comentaris*** |
|  |

**Data: Resident**

Signatura:

Enviar a la secretaria de la Unitat Docent secdocent@ambitcp.catsalut.net