Institut Català de la Salut
Direcció d' Atenció Primària
Camp de Tarragona
Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària

FULL D'AVALUACIÓ QUE HA D'EMPLENAR EL METGE RESIDENT

Cognoms i nom _____

Any de residència _____

Àrea avaluada

Àrea_____

Centre_____

Període_____

Instruccions: avalueu numèricament del 0 al 3 sense decimals.

0- Insuficient (és imprescindible millorar)
1- Suficient (és convenient millorar)
2- Bé
3- Molt satisfactori

Avaluació

1. Capacitat docent del servei _____

2. Interès docent del tutor _____

3. Valoració de les activitats docents _____
   (sessions clíniques, bibliogràfiques...)

4. Grau de compliment del programa de l' especialitat _____
   per a l'àrea avaluada

Comentaris

Signatura **Data: / /**

Rambla Nova, 124 Esc D 1-c
43001 Tarragona
Tel. 977 24 06 66
Fax 977 22 64 11