



INFORME FINAL FARMACÈUTIC TUTOR

Oficina de Farmàcia/Servei de Farmàcia d'Hospital sobre el projecte formatiu de l'estudiant en Pràctiques Tutelades

UCD:

Document a lliurar al Professor Associat:

1.- Dades del tutor del centre

Nom del Centre	
Nom Titular:	NIF/CIF
Nom i cognoms tutor	Núm. col·legiat:
Categoria professional del tutor	
Telèfon de contacte tutor	e-mail tutor

2.- Dades de l'estudiant d'Estades en Pràctiques Tutelades

Nom i cognoms
DNI/Passaport
Telèfon estudiant
e-mail estudiant

El tutor fa constar que l'alumne ha realitzat en aquest centre receptor el període exigít per la Universitat de Barcelona de sis/nou mesos d'Estada amb un total de 840 hores distribuïdes segons conveni signat

VALORACIÓ DE LA FORMACIÓ DE L'ESTUDIANT

(1 gens, 2 poc, 3 suficient, 4 bastant i 5 excel·lent)

3.- Competències generals adquirides en la formació en el centre receptor

Competències	1	2	3	4	5
Capacitat tècnica					
Capacitat d'aprenentatge					
Administració de treballs					
Habilitats de comunicació oral i escrita					
Implicació					
Motivació					
Receptivitat a les crítiques					
Puntualitat					
Relaciona amb l'entorn de les pràctiques					
Capacitat de treball en equip					
Creativitat					

4.- Competències transversals derivades de les activitats del pla docent

Competències	1	2	3	4	5
Compromís ètic					
Capacitat d'aprenentatge i responsabilitat					
Treball en equip					
Capacitat creativa i emprenedora					
Capacitat comunicativa (capacitat de buscar, emprar i integrar la informació)					
Habilitats per tractar amb pacients i equips multidisciplinaris					
Necessitat de mantenir i actualitzar la competència professional (autoaprenentatge)					

Nom Signatura tutor:

Data i Segell del centre: