|  |  |
| --- | --- |
| Certificato delle competenze CI 3, assistente dentale AFC | |
| Data del CI 3 |  |
| Nome della persona in formazione |  |
| Azienda formatrice/studio dentistico |  |
| Nome del responsabile del CI |  |

Aspetti formali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Soddisfatto** | **Non soddisfatto** | **Osservazioni** |
| **Compiti a casa/compiti preparatori** |  |  |  |
| * Certificato di partecipazione  Visita a un laboratorio odontotecnico |  |  |  |
| * Certificato di partecipazione  Misure di profilassi |  |  |  |
| * Certificato di partecipazione  Visita a uno studio ortodontico |  |  |  |
| * Certificato di partecipazione Amministrazione |  |  |  |
| * Certificato delle competenze CI 2: controfirmato da tutti e allegato al classificatore della documentazione dell’apprendimento |  |  |  |
| **Ha frequentato tutto il corso** |  |  |  |
| * 1a giornata |  |  |  |
| * 2a giornata |  |  |  |
| * 3a giornata |  |  |  |
| **Igiene personale** |  |  |  |
| * Indumenti da lavoro (scarpe comprese) |  |  |  |
| * Capelli raccolti (cuffia) |  |  |  |
| * Unghie corte (senza smalto) |  |  |  |
| **Documentazione dell’apprendimento secondo l’articolo 12 OFor** |  |  |  |
| * Ha redatto il numero di rapporti dell’apprendimento richiesti. |  |  |  |
| * Ha rispettato le direttive. |  |  |  |
| * Tutti i rapporti dell’apprendimento sono stati vistati. |  |  |  |
| * Ha tutti i rapporti di formazione richiesti secondo l’articolo 13 OFor. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forme comportamentali** | **** | **** | **** | **Osservazioni** |
| * Puntualità |  |  |  |  |
| * Comportamento nei confronti del responsabile del corso |  |  |  |  |
| * Comportamento nei confronti delle altre persone in formazione |  |  |  |  |

**Valutazione delle competenze operative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Svolge i seguenti compiti conformemente al suo livello di formazione:** | **** | **** | **** | **Osservazioni** |
| * eseguire una radiografia tenendo conto di tutte le misure di radioprotezione (Oval d.1.1-d.1.7); |  |  |  |  |
| * procedere all’approntamento dei dispositivi medici (Oval c.1.2 e c.3.1-c.3.7) e al cambio di paziente applicando le relative misure igieniche (Oval c.2.1-c.2.6); |  |  |  |  |
| * applicare le misure di protezione passive e attive (Oval c.1.1); |  |  |  |  |
| * eseguire compiti amministrativi (Oval g.3.1, g.3.2 e g.4.1). |  |  |  |  |

Ha partecipato a tutto il CI, che è terminato il:

Data/visto del responsabile del corso:

Data/visto della persona in formazione:

Data/visto del formatore:

**Allegare il presente certificato delle competenze al capitolo 5 del classificatore della documentazione dell’apprendimento. Grazie.**