Allegato 1: **ATTESTATO DI FREQUENZA E PROFITTO**

Data : __/__/__

Il Centro AIMS per la Formazione di

certifica che il dott ha partecipato all'attività clinica, diagnostico-strumentale e terapeutica svolte dal nostro centro per la gestione dei paziente con disturbi del sonno dal ---------- al ----------

per un totale di ---------- giorni lavorativi.

Durante tale periodo di formazione il dott. _____

- ha seguito almeno 30 esami strumentali polisonnografici (specificare il tipo di polisonnografie ed il relativo numero), SI NO
- ha refertato almeno 10 monitoraggi cardiorespiratori ed almeno 5 polisonnografie SI NO
- ha partecipato attivamente alla gestione diagnostico/terapeutica di almeno 15 pazienti. SI NO

Il Centro certifica inoltre che il dott. ha effettuato tale periodo di formazione ☐ con ottimo profitto ☐ con discreto profitto con scarso profitto

Il Responsabile del Centro AIMS per la Formazione

Dr

Timbro e Firma