



## **RICHIESTA A.D.E.**

### **GUIDA**

Le A.D.E. (Attività Didattica Elettiva) sono attività formative a scelta dello studente create per permettere di approfondire tematiche di interesse personale e conseguire competenze aggiuntive in specifici ambiti di applicazione della professione.

Con questo fine lo Studente può scegliere di:

- frequentare uno o più periodi presso strutture accreditate per il tirocinio
- frequentare eventuali laboratori o attività analoghe che siano stati preventivamente approvati dal Consiglio di Corso

E' parimenti possibile usufruire di tali CFU per lavori correlati alla stesura di tesi che richiedano raccolte di dati sperimentali legati ad attività svolte presso Servizi di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare, Radioterapia o Fisica Sanitaria.

Il modulo di richiesta delle A.D.E., annesso al presente documento, deve essere consegnato al Coordinatore del Corso entro il 21 marzo.

In caso di esubero di richieste rispetto alla disponibilità data, verrà seguito l'ordine di consegna delle domande

Le ADE vengono certificate dal Presidente del Corso tramite un giudizio di idoneità al termine del loro svolgimento. L'idoneità è subordinata all'effettivo svolgimento di attività per i 6 CFU previsti dall'Ordinamento Didattico.

### **Utilizzo delle A.D.E. per la stesura di tesi**

Nel caso il Relatore ritenga che lo studente necessiti, oltre ai 6 CFU già dedicati nel Piano di Studi, di maggior tempo per la raccolta di dati sperimentali e per lo svolgimento di lavori inerenti la tesi, può chiedere un numero aggiuntivo di CFU da 1 a 5 massimo.

I CFU vanno calcolati tenendo conto che 1 CFU corrisponde a 25 ore effettive di lavoro, intendendo come lavoro anche il tempo dedicato all'elaborazione dei dati raccolti e alla stesura della tesi.

Si richiede anche l'inserimento di una breve motivazione per la richiesta di crediti ADE per la tesi, spiegando il lavoro che verrà svolto dallo studente.

Solamente per la tesi, nel caso che la frequenza sia richiesta durante periodi già dedicati al tirocinio ordinario a causa di coinvolgimento in attività di ricerca non procrastinabili, verrà organizzato un periodo di recupero del suddetto tirocinio da giugno ad agosto, senza però possibilità di sovrapposizione agli esami di profitto.

Il Presidente si riserva di autorizzare pienamente o parzialmente, oppure di non autorizzare la richiesta.



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**  
*Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia*  
*Presidente: Prof. Umberto Ricardi*

Al termine del periodo di svolgimento dei lavori il relatore dovrà compilare l'apposito modulo annesso al presente documento per la certificazione finale.

**Utilizzo delle A.D.E. per Attività tecnico-pratica presso strutture di tirocinio**

Lo studente può richiedere la frequenza di periodi di tirocinio aggiuntivo come A.D.E. presso strutture accreditate per il tirocinio, fino ad un massimo di 2 periodi. E' possibile approfondire aspetti della professione già affrontati oppure acquisire competenze in nuove aree (ad esempio radiologia pediatrica, esami contrastografici, brachiterapia, ...).

Annualmente viene pubblicato l'elenco completo dei Servizi disponibili per tale attività ed il numero massimo di studenti che vengono accettati contemporaneamente.

Deve essere cura degli studenti stessi richiedere la disponibilità ai Servizi tramite il modulo di richiesta ADE allegato al presente documento.

La frequenza (ore) dovrà essere certificata al pari del tirocinio ordinario, ma non è richiesta una valutazione dello studente. Non dovrà essere riportata sul libretto di tirocinio, ma dovrà essere compilato il modulo annesso al presente documento.

**Altre Attività**

Lo studente può scegliere di frequentare altre attività tra quelle proposte annualmente e appositamente approvate dal Consiglio di Corso. Tali attività hanno un peso in CFU predeterminato.

Il Responsabile dell'Attività Formativa certificherà l'avvenuta frequenza tramite il modulo allegato al presente documento.



## MODULO RICHIESTA A.D.E.

Lo/a studente/ssa ....., matr.: .....,  
iscritto/a al III anno  in corso  fuori corso per l'AA ..... richiede di poter  
espletare l'Attività Didattica Elettiva prevista dal piano di studi (6 CFU) secondo le seguenti  
modalità:

*(Barrare le caselle interessate e compilare tutti i campi. In caso di dubbio consultare la guida allegata)*

**ATTIVITÀ CORRELATA ALLA STESURA DI TESI SPERIMENTALI**

<b>TITOLO TESI:</b>	
<b>PRESUNTA DATA DI DISCUSSIONE TESI:</b>	
<b>STRUTTURA PRESSO CUI VERRÀ SVOLTA L'ATTIVITÀ:</b>	
<b>PERIODO:</b>	<b>ORARIO INDICATIVO:</b>
<b>PARTE RISERVATA AL RELATORE:</b>	
<b>RELATORE:</b> _____	
<b>CFU RICHIESTI (MAX. 5):</b> _____	
<b>MOTIVAZIONE:</b> _____ _____ _____	
_____ DATA	_____ FIRMA
<b>PARTE RISERVATA AL PRESIDENTE DEL CDL:</b>	
<input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA IL SEGUENTE NUMERO DI CFU: _____	
<input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA	
_____ DATA	_____ FIRMA



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**  
*Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia*  
*Presidente: Prof. Umberto Ricardi*

**ATTIVITÀ TECNICO-PRATICA PRESSO STRUTTURE DI TIROCINIO**

<b>SEDE:</b>	<b>COD:</b>
<b>DATA INIZIO:</b>	<b>DATA TERMINE:</b>
<b>ORE TOTALI:</b>	<b>ORARIO GIORNALIERO:</b>
<b>AUTORIZZAZIONE DEL COORDINATORE DEL SERVIZIO</b>	
_____	_____
DATA	FIRMA

<b>SEDE:</b>	<b>COD:</b>
<b>DATA INIZIO:</b>	<b>DATA TERMINE:</b>
<b>ORE TOTALI:</b>	<b>ORARIO GIORNALIERO:</b>
<b>AUTORIZZAZIONE DEL COORDINATORE DEL SERVIZIO</b>	
_____	_____
DATA	FIRMA

**ALTRE ATTIVITÀ AUTORIZZATE DAL CONSIGLIO DI CORSO**

<b>ATTIVITÀ:</b>		
<b>RESPONSABILE:</b>	<b>DATA:</b>	<b>CFU:</b>

<b>ATTIVITÀ:</b>		
<b>RESPONSABILE:</b>	<b>DATA:</b>	<b>CFU:</b>

Data: \_\_\_\_\_ Firma dello Studente \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL PRESIDENTE DEL CDL:**

Il Presidente del corso di Laurea autorizza lo studente a frequentare le suddette attività

\_\_\_\_\_

DATA FIRMA



## MODULO CERTIFICAZIONE A.D.E.

Si certifica che lo/la Studente/ssa ..... ,  
matr. ...., ha conseguito nell'A.A. .... i Crediti  
Formativi riservati alle A.D.E. secondo lo schema seguente:

**ATTIVITÀ CORRELATA ALLA STESURA DI TESI SPERIMENTALI**

<b>TITOLO TESI:</b>	
<b>RELATORE:</b>	<b>PERIODO:</b>
<b>CFU:</b>	
_____	_____
DATA	FIRMA DEL RELATORE

**ATTIVITÀ TECNICO-PRATICA PRESSO STRUTTURE DI TIROCINIO**

<b>SEDE:</b>	<b>PERIODO:</b>
<b>ORE:</b>	
_____	_____
DATA	FIRMA DEL COORDINATORE DEL CDL

<b>SEDE:</b>	<b>PERIODO:</b>
<b>ORE:</b>	
_____	_____
DATA	FIRMA DEL COORDINATORE DEL CDL

**ALTRE ATTIVITÀ**

<b>ATTIVITÀ:</b>		<b>DATA:</b>
<b>CFU:</b>	<b>RESPONSABILE:</b>	_____
		FIRMA

<b>ATTIVITÀ:</b>		<b>DATA:</b>
<b>CFU:</b>	<b>RESPONSABILE:</b>	_____
		FIRMA