



AUTOVALUTAZIONE FINALE DI TIROCINIO

Tirocinante (Cognome e Nome) nato il matricola situazione attuale:

CORSO DI LAUREA > ERASMUS TRIENNALE SPECIALISTICA > (specificare):
 LAUREA MAGISTRALE MASTER PERFEZIONAMENTO

DATI TIROCINIO

Barrare solamente per i corsi di SFP/SOSTEGNO in caso di riconoscimento CT del ____/____/____ per numero di ore: ____

PRE-LAUREA: FACOLTATIVO (senza crediti = senza cfu) > PFO (progetto formativo e di orientamento)
 OBBLIGATORIO (con crediti = con cfu) PFOR (progetto formativo e di orientamento di ricerca)

POST-LAUREA: 1° SEMESTRE > PTP (progetto di tirocinio professionalizzante)
 2° SEMESTRE PTPR (progetto di tirocinio professionalizzante di ricerca) PTPE (progetto di tirocinio professionalizzante estero)

Periodo: inizio fine ore: 50 75 100 150
(date di inizio e fine tirocinio, come da modulo di avvio PFO/PFOR/PTP/PTPR/PTPE) 175 250 500 ____ Mesi: 2 3 4 5 6
(da barrare solo per Tirocinio Facoltativo)

1ª Sede Operativa di svolgimento principale

via n° CAP città prov. reg. stato

2ª Sede Operativa di svolgimento eventuale

via n° CAP città prov. reg. stato

PENSI DI AVER RAGGIUNTO LE COMPETENZE PREVISTE DAL CONTRATTO FORMATIVO?

Nessuna delle competenze previste è stata raggiunta	<input type="checkbox"/>
Solamente una parte delle competenze è stata raggiunta	<input type="checkbox"/>
Tutte le competenze sono state raggiunte	<input type="checkbox"/>
Tutte le competenze sono state raggiunte e sono esercitate in maniera completamente autonoma e responsabile	<input type="checkbox"/>

GRADO DI SODDISFAZIONE RAGGIUNTA AL TERMINE DELL'ESPERIENZA (1=non raggiunto; 4=pienamente raggiunto)

	1	2	3	4
Sede di servizio (organizzazione del lavoro ed accesso alle risorse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutoraggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flessibilità organizzativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento di conoscenze e competenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaborazione del gruppo di lavoro /dei colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto in caso di difficoltà o criticità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riunioni di lavoro, équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIGLIEREBBE L'ESPERIENZA DA LEI SVOLTA AD UN/UNA SUO/A COMPAGNO/A ?

sì no

TIROCINANTE

(LUOGO), il

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA TIROCINANTE)

TUTOR UNIVERSITARIO

FIRMA PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA TUTOR UNIVERSITARIO)