



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

**AUTOVALUTAZIONE FINALE DI TIROCINIO
PRATICO-VALUTATIVO**

Tirocinante (Cognome e Nome) nato/a il..... matricola

DATI TIROCINIOPeriodo: inizio fine Numero 250 750
(date di inizio e fine tirocinio come da modulo di avvio) ore: 375

Sede Operativa di svolgimento principale

via n° CAP città prov. reg. stato

Eventual 2° sede di svolgimento

via n° CAP città prov. reg. stato

PENSA DI AVER ACQUISITO LE COMPETENZE PREVISTE DAL PROGETTO FORMATIVO?

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

GRADO DI SODDISFAZIONE AL TERMINE DELL'ESPERIENZA (1=non soddisfatto/a; 4=pienamente soddisfatto/a)

	1	2	3	4
Sede dell'organizzazione e/o servizio (organizzazione del lavoro e accesso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutorato	<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 nel gruppo di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto in caso di difficoltà/criticità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riunioni di lavoro ed équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIGLIEREBBE L'ESPERIENZA DA LEI SVOLTA AD ALTRI? sì no**TIROCINANTE**

(LUOGO), il

.....
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E FIRMA)**TUTOR UNIVERSITARIO
PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE**.....
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E FIRMA)