



## AUTOVALUTAZIONE FINALE DI TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO post lauream

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

### DATI TIROCINIO

Periodo: 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 .....

Nome e cognome.....

Firma.....

#### TUTOR UNIVERSITARIO

##### PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE

Nome e cognome.....

Firma.....