

AUTOVALUTAZIONE DI TIROCINIO

Tirocinante (Cognome e Nome) nato/a il matricola

Situazione attuale: ☐ ERASMUS ☐ C.d.L. TRIENNALE ☐ C.d.L. MAGISTRALE ☐ MASTER ☐ PERFEZIONAMENTO specificare:

DATI TIROCINIO

PRE-LAUREA: ☐ FACOLTATIVO (senza CFU) ☐ PFO (Progetto Formativo e di Orientamento)
☐ OBBLIGATORIO (con CFU) ☐ PFOR (Progetto Formativo e di Orientamento di Ricerca)

Data di inizio Data di fine N° ore: ☐ 50 ☐ 60 ☐ 75 ☐ 100 ☐ 150 ☐ 175 ☐ 250 ☐ _____ Mesi: ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
(Date di inizio e fine tirocinio come da modulo di avvio PFO/PFOR) (Solo per Tirocinio Facoltativo)

Sede di svolgimento
 via n° CAP città prov reg. stato

PENSA DI AVER ACQUISITO LE COMPETENZE PREVISTE DAL PROGETTO FORMATIVO?

Nessuna delle competenze previste dal Progetto Formativo è stata acquisita	☐
Solo una parte delle competenze previste dal Progetto Formativo è stata acquisita	☐
Tutte le competenze previste dal Progetto Formativo sono state acquisite	☐
Tutte le competenze previste dal Progetto Formativo sono state pienamente acquisite e padroneggiate	☐

GRADO DI SODDISFAZIONE AL TERMINE DELL'ESPERIENZA*

	1	2	3	4
Sede del servizio (organizzazione del lavoro e accesso alle risorse)	☐	☐	☐	☐
Supervisione da parte del/la Tutor aziendale	☐	☐	☐	☐
Supervisione da parte del/la docente Tutor didattico/a	☐	☐	☐	☐
Flessibilità organizzativa	☐	☐	☐	☐
Trasferimento di conoscenze e competenze	☐	☐	☐	☐
Collaborazione da parte del personale	☐	☐	☐	☐
Supporto e gestione delle criticità	☐	☐	☐	☐
Riunioni di lavoro ed équipe	☐	☐	☐	☐

* 1 = per niente soddisfatto/a 4 = pienamente soddisfatto/a

CONSIGLIEREBBE L'ESPERIENZA DA LEI SVOLTA AD ALTRI/E?

☐ Sì ☐ No

TIROCINANTE	TUTOR UNIVERSITARIO/A
(LUOGO), il.....	FIRMA PER PRESA VISIONE
..... (COGNOME E NOME)	 (COGNOME E NOME)
..... (FIRMA TIROCINANTE)	 (FIRMA TUTOR UNIVERSITARIO/A)