

VALUTAZIONE FINALE DEL TIROCINANTE

Nome e cognome tirocinante _____ Genere F M Età _____

Nome dell' Ente ospitante _____

Sede del tirocinio _____ Tipologia Ente: Pubblico Privato Altro

Nome e Cognome del supervisore _____ Qualifica del supervisore _____

Data inizio del Tirocinio ___/___/___ Data fine ___/___/___

Area attività del Tirocinio: Clinica Sociale Sviluppo Psico-pedagogica Lavoro Altro _____

La preghiamo di valutare l'esperienza di tirocinio sulla base delle seguenti indicazioni:

	Per Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Del Tutto
Quanto considera adeguate l'inserimento nel contesto del tirocinio					
Quanto ti sei sentito coinvolto nella pianificazione delle attività					
Quanto è stata condivisa la valutazione delle attività con il supervisore					
Quanto è stato possibile applicare le conoscenze teoriche					
Quanto interesse ha mostrato il superiore rispetto alle attività di tirocinio					
Quanto sono stati effettivamente raggiunti gli obiettivi prefissati					

Valutazione complessiva delle competenze professionali acquisite

Negativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Positiva
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Indichi in che misura le seguenti attività hanno caratterizzato il suo percorso di tirocinio

	Per Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Del Tutto
Osservativa					
Organizzativa					
Studio e Approfondimento Tematico					
Clinica (es. colloqui, consulenze)					
Gestione degli utenti					
Ricerca, Valutazione e Analisi					
Progettazione di interventi					
Partecipazione attiva ad interventi/eventi					
Partecipazione ad eventi formativi					
Formazione e Orientamento					
Altro :					

Livello di Soddisfazione rispetto al percorso di tirocinio

Assolutamente Insoddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pienamente Soddisfatto
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Altre osservazioni

Luogo Data

Firma del Supervisore

VALUTAZIONE FINALE DEL SUPERVISORE

Nome e cognome tirocinante _____

Azienda ospitante _____

Sede del tirocinio _____

Data inizio e fine _____

Nome e Cognome del supervisore _____

Qualifica del supervisore _____

Alla luce del percorso professionalizzante la preghiamo di valutare il tirocinante sulla base dei seguenti indicatori :

	insufficiente	sufficiente	discreto	buono	ottimo
Preparazione iniziale del tirocinante					
Inserimento nel contesto lavorativo					
Applicazione delle conoscenze teoriche					
Assunzione di responsabilità rispetto ai compiti assegnanti					
Impegno dimostrato nel corso del tirocinio					
Raggiungimento degli obiettivi prefissati					
Sviluppo delle competenze professionali in uscita					

Livello di Soddisfazione del lavoro svolto dal tirocinante

Assolutamente Insoddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pienamente Soddisfatto
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Pensa che il tirocinante riuscirà a gestire in modo adeguato le future richieste lavorative?

Per Nulla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Del Tutto
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Altre osservazioni

.....

Giudizio Finale

.....

.....

.....

Luogo Data

Firma del Supervisore
