



Dipartimento di Scienze della Formazione

**AUTOVALUTAZIONE FINALE DI TIROCINIO**

Cognome nome tirocinante ..... matricola: .....

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

**DATI TIROCINIO**

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

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)

Periodo: inizio ..... fine ..... ore:  50     75     100     150    mesi (se facoltativo):  2     3     4     5     6  
(date di inizio e fine tirocinio come da PFO/PFOR/PTP/PTPR/PTPE)  
 175     250     500     \_\_\_\_

Azienda ospitante di svolgimento - denominazione .....

via ..... n° ..... CAP ..... città ..... prov. .... reg. .... stato .....

Tutor Aziendale\* / Referente Organiz. SFP: .....  
(\*coincide con il Tutor Universitario se il tirocinio è di ricerca) (cognome e nome)

**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**

**TUTOR UNIVERSITARIO**

(LUOGO) ....., il .....

.....  
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

.....  
(FIRMA TIROCINANTE)

.....  
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

**FIRMA PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE**

.....  
(FIRMA TUTOR UNIVERSITARIO)