

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FINALE
DEL TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
(a cura del Docente responsabile)**

Il presente questionario è stato predisposto al fine di raccogliere utili elementi di valutazione in merito alla permanenza del tirocinante nel suo dipartimento. Le chiediamo cortesemente di compilare questa scheda in tutte le sue parti. Le informazioni raccolte saranno trattate in forma anonima ed hanno come esclusiva finalità il miglioramento della programmazione dei tirocini. La ringraziamo anticipatamente per la Collaborazione

Struttura ospitante: DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA

Docente responsabile (cognome e nome): _____

Tirocinante (cognome, nome) _____

Matricola: _____

Corso di Laurea: _____

Tirocinio effettuato dal ___/___/___ **al** ___/___/___

1. Ritiene che siano stati raggiunti gli obiettivi del progetto formativo?

1	2	3	4
Decisamente no	Più no che sì	Più sì che no	Decisamente sì

2. E' soddisfatto dei risultati raggiunti dal Tirocinante?

1	2	3	4
Decisamente no	Più no che sì	Più sì che no	Decisamente sì

3. Valuti, su una scala da 1 (decisamente no) a 4 (decisamente sì) le competenze, le capacità e le attitudini sviluppate e maturate dal Tirocinante nel corso dell'esperienza di tirocinio:

(indicare solo le voci valutabili sulla base del tirocinio effettuato)

	Scala			
	1	2	3	4
capacità di comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attitudine al lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interazione con il docente responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rispetto delle regole della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rispetto degli strumenti di lavoro presenti nella struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capacità di organizzare il proprio lavoro in base ai tempi e alle scadenze fissate dal docente responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
responsabilità nell'esecuzione di un compito affidatogli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impegno dimostrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione <u>complessiva</u> del tirocinante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. L'inserimento nella struttura del tirocinante ha comportato qualche difficoltà?

Sì

No

Se SÌ, che tipo di difficoltà?

5. Il periodo di tirocinio è stato sufficiente per lo svolgimento dell'attività prevista nel progetto formativo?

Sì

No

Se No, indicare il motivo

6. E' prevista un'attività di tesi connessa all'attività di tirocinio svolta?

Sì

No

7. La formazione universitaria del tirocinante è risultata adeguata allo svolgimento tirocinio?

Sì

Solo in parte

No

Se NO o SOLO IN PARTE, perché?

Data

FIRMA DEL DOCENTE RESPONSABILE
