

**QUESTIONARIO GRADIMENTO TIROCINIO A CURA DEL TIROCINANTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

Iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Diploma Accademico di \_\_\_\_\_ livello in \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Azienda ospitante \_\_\_\_\_

Sede tirocinio \_\_\_\_\_

Svolgimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore tirocinio \_\_\_\_\_

Al fine di verificare i risultati dell'esperienza del tirocinio, è pregato di rispondere alle seguenti domande:

	<b>POCO</b>	<b>ABBASTANZA</b>	<b>MOLTO</b>
Si ritiene complessivamente soddisfatto dell'esperienza	P	A	M
E' stato seguito con continuità dal tutor aziendale	P	A	M
Erano chiari i compiti/obiettivi che le sono stati assegnati	P	A	M
Le sono servite le conoscenze tecniche di base già possedute	P	A	M
Ritiene di aver dimostrato iniziativa e senso pratico	P	A	M
Giudica raggiunti gli obiettivi del progetto del tirocinio	P	A	M
Pensa di avere le idee più chiare sul proprio obiettivo professionale	P	A	M
Eventuali osservazioni			

Il presente modulo va consegnato unitamente al libretto diario stage all'Ufficio Stage Rufa

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_