

Modulo per la valutazione del Tirocinio

SUPERVISORE	
Nome:	
Cognome:	
Iscritto all'Ordine del:	dal ____/____/____
N° di iscrizione all' Ordine:	
Contesto professionale prevalente: <input type="checkbox"/> Clinica e Salute <input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Lavoro e Organizzazioni <input type="checkbox"/> Altro	
Contrassegnare una sola casella	

TIROCINANTE	
Nome:	
Cognome:	
Area di tirocinio:	<input type="checkbox"/> Clinica <input type="checkbox"/> Sviluppo <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Generale
Periodo di Tirocinio:	dal/...../..... al/...../.....

Per ciascuna delle **COMPETENZE** sottoelencate Le chiediamo di contrassegnare con una **X** la casella che corrisponde alla Sua valutazione secondo lo schema seguente:

n.b. Al termine del periodo di supervisione dovrebbero essere presenti competenze sufficienti a livello 3 o 4 per rendere capace l'individuo di esercitare in modo indipendente nell'ambito di uno o più contesti. Per una descrizione delle Competenze Primarie si veda Appendice III da pag. 32 a pag 34.

1	2	3	4
Competenza di base e abilità presenti, ma competenza sviluppata in modo insufficiente	Competenza per raggiungere obiettivi ma che richiede guida e supervisione	Competenza per raggiungere obiettivi di base senza guida e supervisione	Competenza per raggiungere obiettivi complessi senza guida e supervisione

COMPETENZE PRIMARIE					
A. Definizione dell'Obiettivo					
1	Analisi dei bisogni	1	2	3	4
2	Goal setting	1	2	3	4
B. Valutazione					
3	Valutazione dell'individuo	1	2	3	4
4	Valutazione del gruppo	1	2	3	4
5	Valutazione dell'Organizzazione	1	2	3	4
6	Valutazione della situazione	1	2	3	4
C. Sviluppo					
7	Definizione del servizio o prodotto e analisi dei requisiti	1	2	3	4
8	Progetto del servizio o del prodotto	1	2	3	4
9	Test del servizio o prodotto	1	2	3	4
10	Verifica del servizio o prodotto	1	2	3	4
D. Intervento					
11	Pianificazione dell'intervento	1	2	3	4
12	Intervento diretto orientato alla persona	1	2	3	4
13	Intervento diretto situation-oriented	1	2	3	4
14	Intervento indiretto	1	2	3	4
15	Implementazione di servizi o prodotti	1	2	3	4
E. Verifica					
16	Pianificazione della verifica	1	2	3	4
17	Misurazione della verifica	1	2	3	4
18	Analisi della verifica	1	2	3	4
F. Comunicazione					
19	Dare feedback	1	2	3	4

20	Stesura del resoconto	1	2	3	4
----	-----------------------	---	---	---	---

Per ciascuna delle **COMPETENZE** sotto elencate Le chiediamo di dare una valutazione globale sulla scala da 1 a 4:
n.b. Per una descrizione delle Competenze Abilitanti si veda Appendice III a pag. 35

COMPETENZE ABILITANTI		GIUDIZIO COMPLESSIVO			
1	Strategia professionale	1	2	3	4
2	Sviluppo professionale continuo				
3	Relazioni professionali				
4	Ricerca e sviluppo				
5	Mercato				
6	Capacità di amministrazione				
7	Capacità gestionale				
8	Certificazione di qualità				

GIUDIZIO COMPLESSIVO :	
<input type="checkbox"/> "Competente"	<input type="checkbox"/> " <u>Non</u> Competente"

Data ____/____/____

Firma _____