

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. 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 |

COMPETENZE ABILITANTI Le chiediamo di dare una valutazione globale sulla scala da 1 a 4:
(Per una descrizione delle Competenze Abilitanti si veda Appendice III a pag. 35)

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|---|---|
| 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 | | | | |

Le chiediamo di riassumere i risultati della valutazione nella tabella riassuntiva seguente: se l'abilità è posseduta in modo sufficiente indicare con un + (si veda l'esempio a pag. 37). Compilare solo la colonna relativa al contesto oggetto del tirocinio.

| <i>Contesti professionali</i> | Clinica e Salute | Educazione | Lavoro e Organizzazioni | Altro (specificare) |
|--------------------------------------|------------------|------------|-------------------------|---------------------|
| <i>Competenze</i> | | | | |
| A. definizione dell'obiettivo | | | | |
| B. valutazione | | | | |
| C. sviluppo | | | | |
| D. intervento | | | | |
| E. verifica | | | | |
| F. comunicazione | | | | |
| <i>Competenze Abilitanti</i> | | | | |

GIUDIZIO COMPLESSIVO:

"Competente"

"Non Competente"

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 30 giugno 2003 n. 196.

Data
____/____/____

Firma e Timbro _____