

## Modulo per la valutazione del Tirocinio

<b>SUPERVISORE</b>	
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.	

<b>TIROCINANTE</b>	
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

<b>A. Definizione dell'Obiettivo</b>					
1	Analisi dei bisogni	1	2	3	4
2	Goal setting	1	2	3	4
<b>B. Valutazione</b>					
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
<b>C. Sviluppo</b>					
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
<b>D. Intervento</b>					
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
<b>E. Verifica</b>					
16	Pianificazione della verifica	1	2	3	4
17	Misurazione della verifica	1	2	3	4
18	Analisi della verifica	1	2	3	4
<b>F. Comunicazione</b>					
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.

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

**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 \_\_\_\_\_