

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E FISICA E MEDICINA PREVENTIVA

CORSO DI STUDIO in LOGOPEDIA

(questionario da compilare a cura del tirocinante al termine del tirocinio)

Ente/Azienda/Istituto/Centro _____

Settore _____

Tutor aziendale _____

Tirocinante _____

Durata del tirocinio dal _____ al _____

Obiettivo del tirocinio _____

Lo scopo del questionario di soddisfazione è quello di avere, terminato il tirocinio, un'opinione reale e propositiva del Tirocinante in merito all'esperienza svolta sia in termini di conoscenze pratiche che di orientamento nelle future scelte professionali.

Le domande sono a risposta graduata:

1= Molto insoddisfatto

2= Insoddisfatto

3= Soddisfatto in parte

4= Soddisfatto

5= Pienamente soddisfatto

DOMANDE	RISPOSTE				
	1	2	3	4	5
1-Accoglienza del tutor					
2-Integrazione e coinvolgimento					
3-Condivisione del percorso informativo					
4-Ti sei sentito sostenuto					
5-Pertinenza delle attività rispetto agli obiettivi condivisi					
6-Ci sono stati momenti di condivisione delle esperienze con il tutor					
7-Hai ricevuto informazioni sulla valutazione intermedia					
8-Ritieni congruenti le valutazioni a te assegnate					
9-Informazioni ricevute sull'organizzazione					
10-Informazioni sugli obiettivi da raggiungere					
11-Disponibilità degli strumenti					
12-Ti sei sentito guidato nell'apprendimento					
13-Ti sei sentito aiutato nel passaggio tra teoria e pratica					
14- Hai ricevuto un feed-back continuo sulle tue attività					
15-Hai ricevuto informazioni sulla valutazione finale					
16-Giudizio finale dell'esperienza di tirocinio					

Suggerimenti e proposte di miglioramento:

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza il trattamento dei dati forniti con il presente questionario, nel rispetto di quanto stabilito dal GDPR e dal D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati sarà effettuato da personale universitario al solo scopo di migliorare l'offerta formativa del Corso di Studio e con la garanzia della massima riservatezza. I presenti dati non saranno diffusi o comunicati a terzi.

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE.

LUOGO E DATA _____

FIRMA
