

Modulo Controllo delle competenze Addetta / addetto alle cure sociosanitarie CFP

Competenza operativa 2.3: Accompagna i clienti agli appuntamenti.

Azienda di tirocinio

Reparto

Semestre

Persona in formazione

Data+ora dello svolgimento

Formatore

Qualifica: Inf.

OSS

Criteri di valutazione	Osservazioni	Punti
Preparazione e follow-up del compito <ul style="list-style-type: none">• Si procura tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento del compito• Prepara tutto il materiale in modo completo• Allestisce il posto di lavoro in modo ergonomico e organizza il processo su questa base• Riordina il posto di lavoro secondo le direttive aziendali• Pulisce e smaltisce il materiale in modo competente		
Svolgimento: capacità <ul style="list-style-type: none">• Organizza, secondo delega, il trasporto con i mezzi richiesti• Si presenta all'esterno dimostrando professionalità• Comunica in modo professionale• Informa i clienti• Offre il sostegno e l'aiuto necessario• Applica i principi fondamentali dell'ergonomia, lavora in modo da non sovraccaricare la schiena• Promuove l'autonomia dei clienti• Osserva i clienti, prende nota dei cambiamenti fisici e psichici e li comunica a chi di dovere• Pianifica il lavoro Svolgimento: attitudini <ul style="list-style-type: none">• È attento• Considera i clienti come individui con una propria personalità• Dimostra empatia• È disponibile		
Sicurezza sul lavoro e protezione della salute <ul style="list-style-type: none">• Rispetta le norme di sicurezza sul lavoro e di protezione della salute		

Calcolo della nota Controllo delle competenze

	Punti ottenuti	Ponderazione	Punti ponderati
Preparazione e follow-up*		1 volta	
Svolgimento*		3 volte	
Sicurezza sul lavoro e protezione della salute*		3 volte	
Totale punti			

Nota controllo delle competenze*	
-----------------------------------------	--

* Per la ripartizione dei punti e la scala delle note vedi pagina seguente

Obiettivi e misure di sostegno

Obiettivi	Misure di sostegno	Data limite	Responsabilità

Data Firma persona in formazione**

Data Firma formatore

Data Firma del rappresentante legale (per persone in formazione minorenni)

** Con la sua firma la persona in formazione conferma di aver preso atto di queste informazioni.