

Modulo per il colloquio strutturato Addetta / addetto alle cure sociosanitarie CFP

Azienda di tirocinio

Reparto

Persona in formazione

Formatore

Semestre

Data colloquio

1. Valutazione dei temi attuali

Competenze (capacità, attitudini) / Obiettivi / Temi	Autovalutazione della persona in formazione	Valutazione del formatore	Valutazione (in parole)	Obiettivi / Misure / Accordi
	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente		
	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente		
	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente		
	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente		
	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente		

2. Cosa occorre chiarire?

Punto di vista della persona in formazione

Punto di vista del formatore

3. Come possiamo sostenerla nel suo processo di apprendimento?**4. ... e cosa volevo aggiungere**

Punto di vista della persona in formazione

Punto di vista del formatore

5. Data prevista per il prossimo colloquio:

Data

Firma persona in formazione

Firma formatore