



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**

Area dei Servizi Istituzionali  
Settore Servizi alla Didattica  
Ufficio Post Lauream



**ORDINE DEGLI PSICOLOGI**  
CONSIGLIO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

**Questionario di verifica dell'esperienza di tirocinio professionale da  
parte dello PSICOLOGO TUTOR della struttura**  
**(Da consegnare al tirocinante che è tenuto a restituirlo in busta sigillata, timbrata e firmata  
sulla chiusura, alla Segreteria Laureati unitamente al libretto di tirocinio)**

Nominativo del tirocinante: \_\_\_\_\_  
Periodo di tirocinio : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Svolto presso: \_\_\_\_\_

Il questionario è stato elaborato al fine di realizzare un monitoraggio sulla qualità dell'esperienza di tirocinio nella nostra regione. Le chiediamo cortesemente di compilare questa scheda in tutte le sue parti. Le informazioni raccolte verranno trattate in conformità dal regolamento (UE) 2016/679 sulla privacy e protezione dei dati. Si sottolinea la possibilità di compilarlo in forma anonima.

**1) Nel corso dell'esperienza di tirocinio, su una scala da 1 a 4, il tirocinante sopra indicato ha dimostrato: (1=del tutto insufficiente; 2= sufficiente; 3=buono; 4=ottimo;)**

**1.1 Il possesso di una formazione universitaria adeguata allo svolgimento delle attività assegnate:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.2 Disponibilità nel rapporto con il tutor**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.3 Accuratezza nello svolgere i compiti assegnati**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.4 Responsabilità nello svolgere i compiti assegnati**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.5 Assiduità di impegno nel tirocinio**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.6 Abilità nell'applicazione di alcuni strumenti professionali**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.7 Capacità di organizzazione rispetto ai compiti assegnati**

1	2	3	4
---	---	---	---

1

**1.8 Capacità di riflessione sul rapporto teoria – pratica**

1	2	3	4
---	---	---	---

**1.9 Capacità di elaborare suggerimenti e proposte**

1	2	3	4
---	---	---	---

**2) Quali delle seguenti attività in ambito psicologico ha svolto il tirocinante? (barrare una o più caselle)**

**Prevenzione**

**Abilitazione**

**Sostegno**

**Didattica**

**Diagnosi**

**Riabilitazione**

**Ricerca/Sperimentazione**

**Altro** \_\_\_\_\_

**3) Il periodo di tirocinio è stato sufficiente per lo svolgimento del progetto?**

**SI**

**NO**

**4) Il tirocinio svolto potrebbe essere titolo preferenziale per un futuro inserimento lavorativo?**

**SI**

**NO** (proseguì alla domanda 6)

**5) Se SI, in quale forma? (barrare una o più caselle)**

**Borsa di studio**

**Consulenza**

**Altro** \_\_\_\_\_

**Co.co.co/co.pro**

**Assunzione**

**6) Suggerimenti per migliorare l'organizzazione delle attività di tirocinio nel rapporto tra l'università e la sede:**

---

---

---

---

**7) Suggerimenti per migliorare le competenze con cui il tirocinante si affaccia al tirocinio:**

---

---

---

---

---

**Lo Psicologo Tutor della Struttura**

Nome: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

Timbro della Struttura