



**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