**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 |
|  | buono  sufficiente  insufficiente | buono  sufficiente  insufficiente |  |  |
|  | buono  sufficiente  insufficiente | buono  sufficiente  insufficiente |  |  |
|  | buono  sufficiente  insufficiente | buono  sufficiente  insufficiente |  |  |
|  | buono  sufficiente  insufficiente | buono  sufficiente  insufficiente |  |  |
|  | buono  sufficiente  insufficiente | buono  sufficiente  insufficiente |  |  |

1. **Cosa occorre chiarire?**

|  |  |
| --- | --- |
| Punto di vista della persona in formazione | Punto di vista del formatore |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Come possiamo sostenerla nel suo processo di apprendimento?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **… e cosa volevo aggiungere**

|  |  |
| --- | --- |
| Punto di vista della persona in formazione | Punto di vista del formatore |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Data prevista per il prossimo colloquio**

Data Firma persona in formazione Firma formatore

           