UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE

Centro Ricerca e Servizio di Ateneo per la Formazione "G.A. Colozza"

Corso di Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità - percorso_____

Anno accademico …… /……

LIBRETTO DI TIROCINIO

Studente ……

Matricola ……

Tutor tirocinante ……

Istituto Scolastico_____

Registro per il monitoraggio delle presenze nell'ambito del tirocinio diretto.

GG/MM/AA	**ORARIO** (DALLE ORE ALLE ORE)	**N° ORE**	**TIPO DI ATTIVITÀ SVOLTA**	**FIRMA DEL TUTOR DEL TIROCINANTE**

Totale ore effettuate _______________

Firma del tirocinante________________

Esprimi in giudizio di soddisfazione rispetto ai servizi di supporto informativo, operativo e di sostegno (tutor) erogati dall'Ateneo

- ☐ **Insoddisfatto**
- ☐ **Poco Soddisfatto**
- ☐ **Soddisfatto**
- ☐ **Molto soddisfatto**

Eventuali osservazioni, suggerimenti e proposte

_____

_____

Firma del tirocinante_____

Note: osservazioni e/o annotazioni particolari

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Si attesta, inoltre, lo svolgimento, sotto la supervisione del tutor del tirocinante, di attività di rielaborazione dell'esperienza professionale, per un totale di 25 ore, nell'ambito delle attività di tirocinio indiretto previste dall'allegato B al D.M. 30/09/2011.

Data_____

Firma del Tutor del tirocinante

_____

Firma e timbro del Dirigente Scolastico

_____

Firma del Tirocinante

_____