



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL TIROCINIO
DA PARTE DEL TIROCINANTE

.....

Tirocinante

Cognome	Nome	matricola

Tutor aziendale

--

Ha completato il periodo di tirocinio?

si	no

Se no, per quali motivi?

Per motivi personali	
Per motivi di studio	
Per altri motivi	

Compili il questionario attribuendo un punteggio ad ogni voce in base alla seguente griglia di valutazione:

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

1. Considera La preparazione universitaria adeguata allo svolgimento proficuo dell'attività di tirocinio?

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

2. E' soddisfatto dei suoi risultati operativi raggiunti nel periodo di tirocinio?

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

3. Ha rilevato disponibilità da parte del personale della farmacia dove ha svolto il tirocinio?

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4



NOTE.....
.....

4. Nel corso dell'attività formativa, quanto sono state di suo interesse le seguenti attività

Galenica

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Farmaceutica

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Farmacologia

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Legislazione

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Gestione economica

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Gestione informatica

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....

Organizzazione

poco	abbastanza	molto	moltissimo
1	2	3	4

NOTE.....
.....



Suggerimenti (facoltativo)

Luogo, data e timbro

Firma del Tirocinante