



**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN  
CHIMICA E TECNOLOGIE FARMACEUTICHE**

**TIROCINIO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FINALE TIROCINIO  
(Tirocinante)**

(da consegnare, insieme al Libretto del tirocinio,  
alla Segreteria dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Firenze)

Numero matricola del tirocinante .....

Nominativo del tirocinante .....

Corso di laurea.....

**Farmacia ospitante (sede legale)**

Indirizzo.....  
tel. .... fax..... e-mail.....

**Tutor aziendale**

Periodo tirocinio dal.....al.....

**QUESTIONARIO**

Prima di iniziare l'esperienza di tirocinio, riteneva tale attività:	
<input type="checkbox"/>	Necessaria SOLO per ottenere i crediti previsti nel piano di studi <i>(solo per tirocini curricolari)</i>
<input type="checkbox"/>	Necessaria perché collegata al lavoro di tesi <i>(solo per tirocini curricolari)</i>
<input type="checkbox"/>	Utile per fare esperienza nel mondo del lavoro
<input type="checkbox"/>	Utile per facilitare l'ingresso nel mondo del lavoro
<input type="checkbox"/>	Utile per testare l'efficacia delle competenze acquisite durante gli studi universitari
<input type="checkbox"/>	Utile per incrementare le competenze ed abilità possedute

**Esprima un giudizio (su una scala da 1 a 10) ai seguenti aspetti dell'attività svolta:**

(1 : molto insoddisfatto ... 10 : molto soddisfatto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coerenza tra il progetto formativo e l'attività svolta	<input type="checkbox"/>									
Organizzazione dell'attività	<input type="checkbox"/>									
Accrescimento delle proprie competenze ed abilità	<input type="checkbox"/>									
Impiego delle competenze acquisite all'università	<input type="checkbox"/>									
Rapporti con il tutor universitario	<input type="checkbox"/>									
Rapporti con il tutor aziendale	<input type="checkbox"/>									
Rapporti con gli addetti dell'ente / azienda	<input type="checkbox"/>									
Ambiente di lavoro	<input type="checkbox"/>									
<b>Giudizio complessivo</b>	<input type="checkbox"/>									

L'Azienda rispetta il principio secondo cui i tirocinanti non possono sostituire i contratti a termine nei periodi di picco delle attività e non possono essere utilizzati per sostituire il personale dell'azienda nei periodi di malattia, maternità o ferie né per ricoprire ruoli necessari all'organizzazione aziendale.

Sì       No

**Alla luce dell'esperienza maturata, ritiene il tirocinio svolto:**

- Utile SOLO per ottenere i crediti previsti nel piano di studi *(solo per tirocini curriculari)*
- Utile SOLO per incrementare le sue competenze ed abilità
- Utile SOLO per incrementare le sue prospettive occupazionali
- Utile per incrementare sia le sue competenze che le sue prospettive occupazionali

L'ente / azienda ha previsto forme di compenso (rimborso spese, buoni pasto, ecc.) per lo svolgimento delle attività di tirocinio? *(solo per tirocini curriculari)*

Sì       No

**L'ente / azienda si è dimostrato interessato a proseguire il rapporto di lavoro?**

- Sì       No      Se sì, in quale forma contrattuale?
- Contratto di lavoro a tempo indeterminato
  - Contratto di lavoro a tempo determinato
  - Co.co.co.
  - Collaborazione occasionale
  - Collaborazione a progetto
  - Incarico professionale

(data).....

Firma del tirocinante.....

<sup>1</sup>Tutela della riservatezza e diritti degli interessati:

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"- artt. 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici).