

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

Firma della persona in
formazione: _____

**Da compilare da parte del formatore
professionale - maestro di tirocinio**

Gli obiettivi di valutazione sono
stati raggiunti

- bene
- in parte

- raggiunti
- non raggiunti

Data: _____

Firma del formatore
professionale: _____