



REGISTRO di tirocinio curriculare

Dati Tirocinante

Matricola..... Cognome Nome

Codice Fiscale

Iscritto/a a

Dipartimento di: Scienze umane e sociali

Corso di laurea in: Scienze della formazione primaria

Tipo corso: Corso di laurea magistrale a ciclo unico

Curriculum: UNICO

Iscritto/a per l'anno accademico 2024-2025..... al ..II/III/IV.....anno di corso

N° cfu da maturare con tirocinio curriculare (previsti dal piano di studi): 4 per T1, 6 per T2 e T3

Specificare se il tirocinio è legato alla tesi di laurea: ☐ sì ☒ no

Dati del soggetto ospitante

Denominazione dell'ente

Sede del tirocinio

Indirizzo (via, cap, città, provincia, regione, nazione)



Ufficio Tirocini- via san Bernardino 72/E- 24122 Bergamo tirocini@unibg.it +39 0352052265



Ufficio Tirocini- via san Bernardino 72/E- 24122 Bergamo tirocini@unibg.it +39 0352052265



1. Relazione Referente del soggetto ospitante sulle attività di tirocinio (valutazione sui risultati formativi raggiunti)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il il/...../.....

Referente del soggetto ospitante

Firma referente del soggetto ospitante

Si ricorda che è obbligatorio compilare il questionario di soddisfazione disponibile nello Sportello Studenti (Menù - Tirocini&Placement- I miei tirocini - Valutazione)

2. Valutazione tirocinante sull'esperienza (obiettivi realizzati in relazione a quelli indicati nel progetto di tirocinio, difficoltà registrate, supporto del tutor universitario e/o del docente supervisore e del referente del soggetto ospitante, connessione tra attività di tirocinio e attività formative svolte)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bergamo il/...../.....

Firma tirocinante:



Si ricorda che è obbligatorio compilare il questionario di soddisfazione disponibile nello Sportello Studenti (Menù - Tirocini&Stage- Gestione Tirocini - Valutazione)

3. Giudizio tutor universitario/a, se previsto dal CdS (conoscenza delle funzioni, degli obiettivi e delle modalità di azione del soggetto ospitante in rapporto al progetto di tirocinio elaborato, attitudini e competenze manifestate durante il tirocinio, comprensione delle problematiche legate all'attività di tirocinio e propositività del/della tirocinante nella soluzione delle stesse)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bergamo il/...../.....

Tutor universitario/a:

Firma tutor universitario/a:

4. Giudizio docente supervisore (chi ha approvato il progetto) (valutazione della capacità di analisi del/della tirocinante, livello di raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto di tirocinio)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bergamo il/...../.....

Docente supervisore.....

Firma docente supervisore.....



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE DEL TIROCINIO CURRICULARE

Dati Tirocinante

Si dichiara che il/la tirocinante

Codice Fiscale.....

Matricola.....

Iscritto/a a

Dipartimento di:

Corso di laurea in:

Tipo corso:

Curriculum:

Iscritto/a per l'anno accademico al..... anno di corso

ha svolto il tirocinio formativo previsto dal piano di studi dal al
presso

Bergamo il / /

Tutor universitario/a:

Firma tutor universitario/a:

Il/La docente supervisore, preso atto che l'esperienza è stata svolta secondo il regolamento per i tirocini del
Dipartimento di SUS e che il/la tirocinante ha conseguito gli obiettivi previsti dal progetto
formativo, riconosce i 4 o 6 CFU, previsti dal piano di studi.

Bergamo il / /

Docente supervisore:

Firma docente supervisore: