UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE PEDAGOGICHE

LIBRETTO
delle
ATTIVITÀ DI TIROCINIO
E DI RICERCA

Cognome _____ Nome _____

Matricola _____ A.A. _____

STUDENTE/ESSA

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

_____

Telefono e cellulare _____

Fax e/o e-mail _____

DOCENTE REFERENTE PER LE ATTIVITÁ DI TIROCINIO O DI RICERCA

Nome e cognome _____

A.A. _____

REGISTRO DEGLI INCONTRI DI SUPERVISIONE*

Data	N. ore (dalle/alle)	Firma dello/a studente/essa	Firma del supervisore pedagogico

** Le attività di tirocinio o ricerca prevedono un totale di 150 ore, suddiviso in ALMENO 100 ore di attività effettive e 50 ore impiegate in incontri di supervisione con il docente di riferimento e nell'elaborazione della relazione.*

ATTIVITÀ DI RICERCA / TIROCINIO

Periodo n. ore _____ dal _____ al _____

Descrizione dell'attività (tipologia di ricerca; tipologia di organizzazione o contesto in cui la ricerca è stata svolta; domande di ricerca, campo di ricerca, metodologie di ricerca, strumenti di ricerca, esiti di ricerca)

Firma dello/a studente/essa _____

OPINIONI DEGLI ENTI CON ACCORDI DI STAGE / TIROCINIO CURRICOLARE SULL'ATTIVITÀ SVOLTA (PUNTI DI FORZA E AREE DI MIGLIORAMENTO NELLA PREPARAZIONE DELLO STUDENTE)

Firma de referente dell'organizzazione_____

EVENTUALE VALUTAZIONE DI ESONERO DALLE ATTIVITÀ DI RICERCA / TIROCINIO

Motivazione dell'assegnazione dell'esonero:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Valutazione della relazione sulle attività considerate ai fini dell'esonero:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del supervisore pedagogico _____

VALUTAZIONE FINALE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA /TIROCINIO

TIROCINIO / RICERCA:

☐ APPROVATO

☐ NON APPROVATO

Firma del supervisore pedagogico: _____

NOTE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____