 

 

***Distretto socio sanitario RM 5.2***

***Ufficio del Piano di zona***

**All. 15 Modello O “Relazione finale delle attività”**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AD ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE E ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO DELLA REGIONE LAZIO ISCRITTE AL RUNTS PER L’ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE EX DGR 511/2013 RIVOLTI A SOGGETTI SVANTAGGIATI PRESI IN CARICO NELL’AMBITO DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.2.**

Progetto Formativo Individuale n.\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare il codice alfanumerico interno adottato dal promotore e la data di stipula per identificare il PFI).*

**Dati di riepilogo del tirocinio**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tirocinante[[1]](#footnote-1)** | |  | | |
|  | | | | |
| **Tutor soggetto ospitante1** | |  | | |
|  | | | | |
| **Tutor specialistico1 (promotore)** | |  | | |
|  | | | | |
| **Data di avvio** |  | | **Data di fine** |  |
|  | | | | |
| **N. mensilità svolte** |  | |  | |

|  |
| --- |
| **Principali attività svolte dal tirocinante** |
| *(max.1500 caratteri)* |
| **Principali risultati conseguiti** |
| *(max.1000 caratteri)* |
| **Valutazione del processo di apprendimento del tirocinante** |
| *(max.1500 caratteri)* |

|  |
| --- |
| **Descrivere eventuali elementi di criticità riscontrati nello svolgimento del tirocinio** |
| *(max.1000 caratteri)* |

Luogo e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma tutor soggetto ospitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma legale rappresentante/delegato del

Soggetto ospitante[[2]](#footnote-2)

1. Indicare nome cognome e CF*.* [↑](#footnote-ref-1)
2. In caso di firme autografe, allegare copia del documento di identità dei tutor e del legale rappresentante [↑](#footnote-ref-2)