

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ**Di ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO (ASL)**

(da compilare a cura dello studente)

SOGGETTO OSPITANTE: _____

TUTOR DELL'ENTE/AZIENDA OSPITANTE: _____

DATA INIZIO ATTIVITÀ: _____

DATA FINE ATTIVITÀ: _____

Disponibilità del tutor dell'ente/azienda ospitante nell'offrire informazioni sulle attività assegnate durante l'attività di Alternanza Scuola-Lavoro (ASL):

- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente

Accoglienza riservata allo studente:

- Positiva
- Non positiva

Quale giudizio esprime sull'organizzazione dell'attività di ASL?

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Insufficiente

Si motivi brevemente la risposta:

Cosa ti è piaciuto di più dell'esperienza?

Cosa ti è servito di più per la tua professione futura?

Cosa suggeriresti per migliorare l'esperienza di ASL?

Data _____

Firma dello studente