

	ML 2.2-89b	Versione 2.2 08.01.2021
	TAB valutazione formazione pratica – nota globale	Pagina 1 di 1

VALUTAZIONE SEMESTRALE

Nome:

Cognome:

Ospedale / Istituto:

Periodo valutato:

OBIETTIVI GENERALI: competenze trasversali

Nota*

OBIETTIVI SPECIFICI: competenze nel settore

Nota*

Nota finale
(media delle due note) *

Data:

Firma**:

* le note vengono espresse arrotondate al decimale.

** stampare, firmare e inviare al responsabile della formazione