

1. DATI AZIENDA

PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE A.A. 2022/2023

**II ANNO**

**Allegato 5**

Telefono Fax Mail

Legale rappresentante (cognome e nome):

| \_|\_ |\_ |\_ | \_| \_|\_ | \_| \_| \_|\_ |

Partita IVA/Codice fiscale azienda

Ragione sociale

Sede (Indirizzo) CAP - Comune)

1. DATI TUTOR

Qualifica \_

Telefono e/o cellulare email

| |dipendente

| |collaboratore

| |socio

| | titolare

|\_ | \_| | \_| \_| | \_|\_ | \_| \_|

Nato/a il

Titolo di studio

| |Qualifica professionale (2 o 3 anni) – (specificare)

| |Laurea/diploma universitario (specificare) Rapporto con l’azienda

Cognome Nome

1. **DATI TIROCINANTE**

Cognome Nome Data di nascita| | | | | | | | | | | Luogo/Stato Comune di residenza CAP Via e numero civico Cittadinanza tel

1. **TIPOLOGIA TIROCINIO**

Data inizio tirocinio | \_|\_ | | \_| \_| | \_| \_| \_|\_ |

Numero crediti 12

per n. ore totali

| |tempo pieno I | tempo parziale

**Corso: BACCALAUREATO IN SCIENZE DELL’EDUCAZIONE: EDUCATORE SOCIALE/ PROFESSIONALE**

1. **SETTORE/SERVIZIO TIROCINIO**

|  |  |
| --- | --- |
| I \_|Asilo nido/materna  I \_|Assistenza domiciliare  I |Carcere/Struttura sanitaria/ospedale/RSA I\_ |Centro diurno  I\_ |Centro ricreativo  I |Comunità /casa famiglia/struttura residenziale I \_|Educativa territoriale  I |Emergenza sociale I \_|ludoteca  I \_|Scuola  I |Segretariato sociale I\_ |Unità di strada | I |Detenuti I \_|Anziani  I |Dipendenze I \_|Disabilità  I \_|Donne in difficoltà  I |Famiglie in difficoltà I \_|Handicap  I |Immigrazione I \_|Minori  I \_|salute mentale  I |Senza fissa dimora I\_ |terminali/HIV |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2 ANNO** | **OBIETTIVI DI COMPETENZA** | **OBIETTIVI DI CONOSCENZA** |
| * acquisizione e definizione delle abilità specifiche della professione: le competenze * osservare, valutare e decidere in situazione: acquisizione di competenza * lavorare in team/equipe: organizzare i saperi, conoscere gli specifici professionali, compiti e competenze, ruoli e organizzazione interna, decisione (saper comprendere e identificare i problemi, saper prendere decisioni, saper comunicare e confrontarsi in gruppo)   Strumenti:   * concetto di competenza e competenze specifiche e trasversali * il lavoro di équipe: il cooperative learning, il lavoro partecipato all’interno dell’équipe * counseling con l’utente - il colloquio * diario di tirocinio * supervisione di gruppo   Obiettivi formativi connessi al lavoro in classe di metodologia:   * lavorare sulle competenze di comprensione e conoscenza degli strumenti specifici * esercizi ed esperienze guidate in piccoli gruppi * esperienza pratica guidata di gruppo | | 1. identificare e analizzare gli strumenti e le tecniche utilizzate dalla figura professionale di riferimento, anche in relazione ai modelli teorici che ne supportano l’uso; 2. mettersi alla prova nell’uso di strumenti e tecniche proprie del ruolo di educatore, con particolare riguardo alla relazione interpersonale e di gruppo. |

IDENTIFICAZIONE DEL PERCORSO TRASVERALE

* + ricostruzione della mappa organizzativa del servizio - progetto (utenza, modalità di accesso, tipologia di risposta, ecc) in cui sta inserendosi;
  + nell' osservazione del proprio agire quotidiano in relazione all’utenza e alle altre figure professionali con cui gradualmente viene a incontrarsi;
  + nella capacità di parlare delle dinamiche relazionali ed educative per farne oggetto di riflessione e di confronto;
  + nella capacità di dare e ricevere dei feedback dal/al tutor, dal/al supervisore e dai/ai colleghi di corso;
  + nella capacità di trarre profitto dalle osservazioni e dagli aiuti che riceve dal tutor, dal supervisore, dal docente di metodologia e dagli altri docenti del Corso.

NOTE, OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 LE FORNIAMO LE SEGUENTI INDICAZIONI:

1. I DATI DA LEI FORNITI VERRANNO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE CON RIFERIMENTO AL PROCEDIMENTO PER IL QUALE HA PRESENTATO LA DOCUMENTAZIONE;
2. IL TRATTAMENTO SARÀ EFFETTUATO CON SUPPORTO CARTACEO E/O INFORMATICO;
3. TITOLARE/RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO È L’ISTITUTO UNIVERSITARIO “DON GIORGIO PRATESI VIA G. VERDI N. 5- 88060 SOVERATO (CZ)
4. IN OGNI MOMENTO LEI POTRÀ ESERCITARE I SUOI DIRITTI NEI CONFRONTI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO, AI SENSI DELL’ART. 7 DEL D. LGS. 196/2003. IN PARTICOLARE LEI HA DIRITTO A:
   1. CONOSCERE IN OGNI MOMENTO I DATI PERSONALI IN POSSESSO, CHE LA RIGUARDANO E COME VENGONO TRATTATI;
   2. CHIEDERE L’AGGIORNAMENTO, L’INTEGRAZIONE, LA RETTIFICAZIONE O LA CANCELLAZIONE DEI DATI.

Luogo e data,

FIRMA DEL TIROCINANTE FIRMA DEL TUTORE AZIENDALE

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE