



**Operatrice socioassistenziale/Operatore socioassistenziale
con attestato federale di capacità (AFC)**

indirizzo professionale persone con disabilità

Rapporto di visita stage del 3° anno

Cognome:

Nome:

Classe:

Stage dal **al**

Anno scolastico:

Azienda formatrice:

Indirizzo:

Telefono:

E-mail:

Formatrice/formatore professionale FP:

Direttrice/Direttore o Responsabile della formazione:

Docente di visita:

CPS SSPSS	Modulo di lavoro	ML 2-03.1 24.06.2021
	Rapporto visite stage 3° anno OSA Pcd	Pagina 2 di 5

1. Visita, data e orario:

Firma persona in formazione

Firma formatore professionale

Firma docente di visita

.....

.....

.....

CPS SSPSS	Modulo di lavoro	ML 2-03.1 24.06.2021
	Rapporto visite stage 3° anno OSA Pcd	Pagina 3 di 5

2. Visita, data e ora:

Firma persona in formazione

Firma formatore professionale

Firma docente di visita

.....

.....

.....

CPS SSPSS	Modulo di lavoro	ML 2-03.1 24.06.2021
	Rapporto visite stage 3° anno OSA Pcd	Pagina 4 di 5

3. Visita, data e orario:

Firma persona in formazione

Firma formatore professionale

Firma docente di visita

.....

.....

.....

CPS SSPSS	Modulo di lavoro	ML 2-03.1 24.06.2021
	Rapporto visite stage 3° anno OSA Pcd	Pagina 5 di 5

4. Visita, data e orario:

Firma persona in formazione

Firma formatore professionale

Firma docente di visita

.....

.....

.....