|  |  |
| --- | --- |
| Obiettivo di valutazione No |  |
| **CONTROLLO E COMMENTO PROPOSITIVO DEI FORMATORI/DELLE FORMATRICI** |
|  |
|  |
| **Il commento del formatore/della formatrice** |
|  |
| Data: | Firma del formatore/della formatrice: |
|  |  |
|  |